Public Safety Canada | Sécurité publique Canada

ARCHIVED - Archiving Content

ARCHIVÉE - Contenu archivé

## Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

## Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.

Canada

Service correctionnel Canada
Correctional Service Canada

**RAPPORT DE RECHERCHE**

COMMUNICATIONS ET DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

Rapport de recherche

# Profils de consommation de drogues et d'alcool chez les détenus sous responsabilité fédérale Évaluation faite à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie

HV
8836.5
R6
1991
F

Canada

Rapport de recherche

# Profils de consommation de drogues et d'alcool chez les détenus sous responsabilité fédérale Évaluation faite à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie

Copyright of this document does not belong to the Crown. Proper authorization must be obtained from the author for any intended use.

Les droits d'auteur du présent document n'appartiennent pas à l'État. Toute utilisation du contenu du présent document doit être approuvée préalablement par l'auteur.

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs; elles ne reflètent pas nécessairement les vues ni les politiques du Service correctionnel du Canada. Ce rapport est également disponible en anglais. This report is also available in English. On peut se le procurer en s'adressant à la Direction des communications, Service correctionnel du Canada, 340 ouest, avenue Laurier, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

1991 n° R-11

HV
8836.5
R6
1991
F
c.3

# Profils de consommation de drogues et d'alcool chez les détenus sous responsabilité fédérale

## Évaluation faite à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie

Rapport de recherche n° 11

Rédigé par:

David Robinson
Frank Porporino
Bart Millson

Direction de la recherche et des statistiques
Service correctionnel du Canada

Janvier 1991

LIBRARY
SOLICITOR GENERAL CANADA
FEB 13 1996
SOLICITEUR GÉNÉRAL CANADA
OTTAWA (ONTARIO)
K1A 0P8

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier plusieurs personnes qui ont contribué à la mise à l'essai, dans le cadre d'un projet pilote, du Questionnaire informatisé sur le mode de vie. Il s'agit de : Gerry Cowie, directeur régional des Programmes correctionnels, région des Prairies; Ron Lawlor, administrateur régional des Programmes correctionnels, région de l'Atlantique; Hal Davidson, agent de projet, région de l'Atlantique; John Eno, coordonnateur, Traitement de la toxicomanie, Établissement de Drumheller; Stu Murray, chef de l'Épanouissement personnel, Établissement de Springhill; Roger McCormick, préposé aux nouveaux détenus, Établissement de Springhill; Jim Sproule, agent de correction, Pénitencier de Dorchester. Nous remercions aussi le personnel de la Direction de la recherche et des statistiques, Gurmeet Dhaliwal, qui nous a aïdés à faire les analyses statistiques, et Stéphane Bélanger, qui a produit les graphiques. Enfin, nous devons souligner la coopération et la persévérance indéfectibles de Liz Fabiano qui, avec l'aide de Christine Barlow et de la maison *Exocom Systems Corporation*, a rendu possible la réalisation des projets pilotes dans les régions de l'Atlantique et des Prairies.

## INTRODUCTION

L'introduction du Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) est une initiative conjointe de la Division de la formation générale et de l'épanouissement personnel, et de la Direction de la recherche et des statistiques du Service correctionnel du Canada. La mise à l'essai du questionnaire - un outil global d'évaluation de la toxicomanie - faisait suite à des inquiétudes croissantes au sujet de l'ampleur de la consommation de drogues et d'alcool chez les détenus. Elle répondait aussi au besoin de dépister la toxicomanie chez les nouveaux détenus afin de pouvoir leur offrir des programmes de traitement appropriés. Un Groupe de travail sur la toxicomanie (Service correctionnel du Canada, 1990) a recommandé l'adoption du Questionnaire informatisé sur le mode de vie comme méthode de dépistage initial de la toxicomanie chez les détenus.[1]

Le QIMV se fonde sur une approche globale; l'évaluation repose sur l'examen de divers facteurs du mode de vie qui peuvent être associés à l'abus d'alcool et de drogues. Parmi ces facteurs figurent la santé physique, l'alimentation, la santé mentale, la qualité du fonctionnement dans les relations familiales et sociales, les schèmes de comportement criminels et la volonté de suivre un programme de traitement de la toxicomanie. Cette évaluation détaillée fournit une mine de données sur les habitudes de consommation de drogues et d'alcool des détenus et sur les rapports entre la toxicomanie et l'activité criminelle.

Le document que voici est le premier d'une série de rapports de recherche sur la toxicomanie et le comportement criminel qui seront produits à l'aide des données du QIMV. Ce premier rapport présente des renseignements descriptifs obtenus grâce aux différentes composantes du QIMV. On y explore également la possibilité d'élaborer une typologie qui servirait à dépister la toxicomanie et à identifier les détenus devant être traités en priorité. Les données qui forment la base de ce rapport ont été recueillies auprès d'un échantillon de 503 détenus qui ont répondu au Questionnaire informatisé sur le mode de vie dans des établissements du Service correctionnel du Canada situés dans les Maritimes et les Prairies.

Le Questionnaire informatisé sur le mode de vie se fonde sur les travaux du Dr Harvey Skinner, ancien chercheur de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, qui a mis au point une méthode informatisée d'évaluation des facteurs du mode de vie qui sont liés à la toxicomanie. Conçue à l'origine pour être utilisée en médecine familiale, cette approche devait procurer aux omnipraticiens un moyen de dépister rapidement et d'une façon fiable les problèmes de toxicomanie chez un grand nombre de patients venus les consulter (Skinner, Allen, McIntosh et Palmer, 1985).

---

1 Le Groupe de travail sur la réduction de toxicomanie s'est vu confier le mandat d'établir une politique cadre qui définirait l'orientation des programmes et services de traitement de la toxicomanie offerts aux détenus sous responsabilité fédérale au cours des cinq prochaines années.

La Direction de la recherche et des statistiques, avec la collaboration initiale du Secrétariat du Ministère, Direction des affaires correctionnelles, a adapté et modifié la méthode d'évaluation informatisée de Skinner pour pouvoir l'utiliser avec des détenus. On a révisé les questions posées de manière à ce qu'elles soient facilement comprises par des détenus. On a également réorganisé le contenu du questionnaire pour qu'il corresponde aux circonstances normalement vécues par les détenus des pénitenciers fédéraux (par exemple : arrestation, condamnation, incarcération). De plus, on a conçu une partie assez longue du QIMV pour pouvoir évaluer les rapports entre la toxicomanie et les schèmes de comportement criminels et apprécier la motivation du détenu face au traitement.

Le QIMV englobe deux composantes essentielles, également mises au point par Skinner : le Test de dépistage de l'abus de drogues (Skinner, 1982) et la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool (Skinner et Allen, 1982). Ces deux instruments ont été largement utilisés dans le cadre de recherches, pour évaluer la gravité des abus de drogues et d'alcool.

La première version du QIMV a été mise à l'essai en 1989, sur une petite échelle, auprès des détenus de la région de l'Atlantique. D'après les résultats de ces premiers essais, on a remanié le logiciel du QIMV et procédé à un projet pilote d'envergure dans les régions de l'Atlantique et des Prairies. À la fin de 1989 et au début de l'année suivante, on a donné sur place aux intervenants la formation nécessaire à la réalisation du projet pilote de grande envergure. Le QIMV a alors été intégré aux modalités courantes de réception des détenus, dans un établissement à sécurité moyenne et un établissement à sécurité maximale de la région de l'Atlantique, et dans un pénitencier à sécurité moyenne de la région des Prairies.

Jusqu'ici, le QIMV n'a été utilisé qu'avec des hommes, mais il pourrait aussi bien être utilisé avec des détenues. Le Questionnaire a été d'abord introduit en anglais, mais sa traduction est en cours. Quand elle sera terminée, il pourra être utilisé auprès de détenus francophones. Un manuel contenant des instructions précises sur tous les aspects de l'administration de QIMV a été rédigé.

## APERÇU DU QUESTIONNAIRE INFORMATISÉ SUR LE MODE DE VIE (QIMV)

La caractéristique singulière de la formule du QIMV est que les détenus répondent à une batterie complète de questions à l'aide d'un micro-ordinateur. Chaque question est présentée à l'écran, et les réponses apparaissent sous la forme de choix multiples. Le détenu répond aux questions en appuyant sur la touche appropriée du clavier. Un employé qui connaît le système informatique explique la marche à suivre au détenu, au début de la séance, et reste à sa disposition pour répondre à toute question qu'il pourrait se poser.

En temps normal, il faut moins de deux heures pour répondre au questionnaire. Cependant, le détenu peut procéder à son rythme, et faire une pause à n'importe quel moment. Il y a également un certain nombre de fonctions qui permettent aux détenus de sauter les questions qui sont sans rapport avec leur situation personnelle. Par exemple, les détenus qui déclarent ne pas avoir consommé de drogues pendant les six mois qui ont précédé leur arrestation n'ont pas à répondre à la série de questions du Test de dépistage de la toxicomanie sur les symptômes possibles de l'abus de drogues.

Au cours de la séance d'évaluation, le micro-ordinateur donne au détenu un feed-back instantané sur son fonctionnement dans les divers domaines visés par la batterie de questions. Ce feed-back prend la forme d'une série de "thermomètres" apparaissant à l'écran, qui illustrent graphiquement l'ampleur des problèmes relevés dans chaque domaine d'évaluation (par exemple, l'alimentation, le tabac, la consommation de drogues ou d'alcool), en fonction de données normatives pour la population en général. À la fin de la séance, le détenu reçoit une sortie sur imprimante où sont résumées ses réponses au questionnaire. En outre, un imprimé d'ordinateur plus détaillé est produit à l'intention de l'agent de gestion des cas qui s'occupe du détenu.

Cette formule novatrice qui permet de recueillir des données d'auto-évaluation serait préférable à d'autres méthodes pour différentes raisons (Skinner et Allen, 1983). Une hypothèse importante qui a favorisé l'introduction du QIMV était que les détenus nouvellement admis dans un établissement seraient moins inhibés et donc plus susceptibles de répondre honnêtement devant un micro-ordinateur que dans le cadre d'une entrevue. De plus, la rétroaction instantanée que le détenu reçoit de l'ordinateur personnalise le processus de l'évaluation à ses yeux et évite dans une certaine mesure le mystère qui entoure souvent les énoncés de questionnaires et l'ennui qu'ils suscitent. On estimait que le feed-back donné au détenu encouragerait celui-ci à être honnête dans son auto-évaluation, tout en entretenant son attention et sa motivation tout au long du test.

Selon certaines études, les questionnaires informatisés permettent de recueillir des données d'évaluation aussi fiables et valides que celles obtenues par d'autres méthodes, notamment les tests papier-crayon et les entrevues (Skinner et Allen, 1983). Dans le contexte actuel, le QIMV présente un avantage supplémentaire : un grand nombre de détenus peuvent être évalués sans l'intervention du personnel hautement qualifié qui serait normalement appelé à recueillir les renseignements dans le cadre d'entrevues. De plus, les rapports produits par l'ordinateur éliminent la nécessité de coder et d'interpréter les réponses du questionnaire, tâches qui prennent beaucoup de temps. En effet, même si le système exige qu'un employé

soit présent pendant la réalisation des évaluations, cet employé peut s'occuper à d'autres tâches. S'il y plus d'un micro-ordinateur, le même employé peut surveiller le déroulement de l'évaluation pour plus d'un détenu à la fois.

Le questionnaire renferme une section de données démographiques et un court exercice pratique sur l'ordinateur. Viennent ensuite onze sections qui portent sur divers aspects du mode de vie, de l'abus de drogues et de l'alcool et du comportement criminel. Ces onze sections, désignées par les lettres A à K, sont décrites brièvement ci-dessous. Il existe aussi une description plus détaillée du QIMV (Le questionnaire informatisé sur le mode de vie - Manuel d'instructions, Divisions des programmes de formation et d'épanouissement personnel et Direction générale de la recherche, 1989).

**A. Santé physique et mentale**

Divers facteurs liés à la santé, notamment l'alimentation, l'usage du tabac, l'exercice, les habitudes de sommeil, le stress et le bien-être émotionnel général, sont évalués. Cette section met également en lumière les rapports entre la consommation d'alcool et les risques pour la santé. Les questions permettent d'évaluer le fonctionnement actuel du détenu et son fonctionnement avant l'incarcération.

**B. Fonctionnement social**

Cette section permet de recueillir des renseignements sur le fonctionnement social du sujet, avant son incarcération. On y demande notamment au détenu avec qui il habitait. On l'interroge également sur la qualité générale ses rapports avec des amis, sa conjointe et d'autres membres de sa famille, de même que sur ses rapports avec certains groupes sociaux.

**C. Drogues**

Cette section comprend des questions sur les habitudes du détenu au chapitre de la consommation de drogues et sur l'importance de sa consommation. Cette section, qui est assez longue, englobe le Test de dépistage de l'abus de drogues (TDAD) mis au point par Skinner. On a incorporé le TDAD à cette section pour évaluer la gravité de la toxicomanie. Cette grille comprend 20 questions qui mesurent l'ampleur des problèmes découlant de la consommation de drogues. Les questions du Test de dépistage de l'abus de drogues, qui permettent de déceler un éventail de symptômes liés à l'abus de drogues et à la toxicomanie pathologique (voir l'annexe A), s'inspirent des questions du Test de dépistage d'alcoolodépendance du Michigan (M.L. Selzer, 1971), instrument bien connu. Après la cotation des résultats du TDAD, on peut classer chaque détenu dans l'une des cinq catégories formées par les sujets dont le degré de toxicomanie est "nul", "faible", "moyen", "important" et grave".

**D. Alcool**

La section D ressemble à la section C à cette différence près qu'elle porte sur la consommation et l'abus de boissons alcooliques. On a incorporé dans cette section la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool (GEDA) que Skinner a mis au point pour

mesurer la gravité des problèmes de dépendance à l'alcool. La GEDA, qui s'inspire d'un instrument de dimensions plus importantes, l'Inventaire de la consommation d'alcool (Horn, Wanberg et Foster, 1974) est une grille d'évaluation de 25 questions qui portent sur les symptômes d'alcoolodépendance et les habitudes pathologiques de consommation d'alcool (voir annexe B). À l'aide du même barème de classification utilisé dans le TDAD. la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool permet de classer chaque répondant dans l'une des cinq catégories suivantes: dépendance "nulle", "faible", "moyenne", "importante" et "grave".

### E. Traitement de la toxicomanie

Cette section comprend des questions qui servent à établir si le détenu a déjà été traité pour sa toxicomanie et à déterminer sa volonté actuelle de se faire traiter. On y demande au détenu s'il souhaite se faire traiter, et pour quelles raisons.

### F. Comportement criminel

Cette longue section permet d'évaluer les antécédents criminels du sujet ainsi que les rapports entre sa consommation de drogues ou d'alcool et ses activités criminelles passées ou présentes. La plupart des questions s'adressent aux détenus qui étaient ivres ou drogués quand ils ont commis les infractions qui les ont menés à la prison. Les questions permettent de recueillir des renseignements très détaillés sur les circonstances des crimes commis sous l'influence d'alcool ou de drogues.

### G. Éducation

Cette section mesure le degré d'instruction du détenu et ses aspirations à ce chapitre. On y demande au détenu quels effets la consommation de drogues ou d'alcool a eus sur ses projets d'éducation.

### H. Travail et situation financière

Cette section porte sur la participation au marché du travail et l'ampleur des difficultés financières éprouvées. Elle comprend certaines questions sur les rapports entre, d'une part, le travail et la situation financière et, d'autre part, la consommation de drogues ou d'alcool.

### I. Toxicomanie et fonctionnement global

Cette section renferme différentes questions récapitulatives sur la santé physique, la santé mentale, les relations sociales, le comportement criminel de même que sur le fonctionnement du détenu sur les plans professionnel, scolaire et financier. Elle vise à établir des liens entre chacun de ces domaines et le profil de consommation de drogues et d'alcool du détenu. Ces questions visent à fournir des renseignements sur la mesure dans laquelle le détenu est disposé à faire l'auto-évaluation de ses problèmes.

## J. Motivation face au traitement

Cette section permet d'évaluer, à l'aide de divers indicateurs, la volonté du détenu de se faire traiter et la mesure dans laquelle il considère le traitement comme un élément utile de son plan correctionnel.

## K. Satisfaction du client

La section finale du QIMV invite le détenu à commenter la méthode d'évaluation. Le détenu est appelé à donner son avis sur l'approche informatisée, la durée de la séance, la clarté des questions et l'utilité de l'information reçue en retour.

## PROFILS DE CONSOMMATION DE DROGUES ET D'ALCOOL CHEZ LES DÉTENUS

### Échantillon

Les données d'évaluation de 503 détenus en tout, reçues jusqu'en décembre 1990 par la Direction de la recherche et des statistiques, sont comprises dans le présent échantillon. Ces données correspondent à un échantillon séquentiel des détenus admis dans les établissements où se déroulaient les projets pilotes, pendant une période d'environ un an après l'introduction du QIMV. L'échantillon comprend 28 (5,6 %) détenus admis au Pénitencier de Dorchester, 189 détenus (37,7 %) admis à l'Établissement de Drumheller et 285 détenus (56,7 %) admis à l'Établissement de Springhill. À cause de certaines circonstances particulières, l'unité de réception du Pénitencier de Dorchester n'a pu participer au projet pilote pendant toute la période prévue.

Dans chacun des établissements qui participaient au projet pilote, on tenait un registre détaillé du nombre des détenus invités à répondre au Questionnaire informatisé sur le mode de vie, afin de savoir combien d'entre eux refusaient de participer à cette évaluation. Seulement 8,4 % des détenus ont refusé, auxquels viennent s'ajouter 1,2 % des autres détenus, qui ont décidé de ne pas répondre au QIMV parce qu'ils l'avaient déjà fait. Enfin, un petit nombre de détenus n'ont pas répondu au QIMV parce qu'ils étaient analphabètes (1,5 %) ou parce que cet instrument n'existait pas dans leur langue maternelle (0,8 %).

En tout, environ 11,9 % des détenus invités à répondre au QIMV ne l'ont pas fait, pour différentes raisons. Comme, dans la plupart des cas, ces détenus ont opposé un refus catégorique, ils auraient probablement refusé de prendre part à n'importe quel genre d'évaluation de la toxicomanie (faite, par exemple, dans le cadre d'entrevues ou à l'aide de questionnaires papier-crayon). Il est encourageant de constater que l'analphabétisme n'est pas un facteur primordial qui empêche les détenus de répondre au QIMV, ce qui indique que les concepteurs de cet instrument ont réussi à adapter le Questionnaire aux capacités de lecture des détenus. Il s'agissait là d'une condition fondamentale pour que le QIMV puisse servir dans des établissements correctionnels.

### Caractéristiques démographiques

L'âge moyen des détenus nouvellement admis qui ont répondu au QIMV était de 28,9 ans (écart type = 8,07). À peine 5 % d'entre eux avaient moins de 20 ans, et près de 58 % avaient de 20 à 29 ans. Environ 25 % des répondants étaient dans la trentaine et seulement 12 % d'entre eux avaient 40 ans ou plus. L'origine raciale des détenus était la suivante : 74,2 % étaient de race blanche, 16,3 % étaient autochtones et les autres (9,5 %) se sont identifiés comme étant de race asiatique, noire ou "autre".

### Données descriptives choisies

La section descriptive que voici précise certaines statistiques que les différentes sections (A à K) du QIMV permettent de recueillir. Il ne s'agit cependant que d'un aperçu sommaire des renseignements que peut fournir la base de données du QIMV.

Alimentation et santé

D'après des renseignements correspondant aux six mois antérieurs à leur dernière arrestation, plus de 83 % des détenus ont un bilan nutritionnel "moyen" ou "supérieur à la moyenne". Au chapitre de la consommation de caféine pendant la même période, 18,6 % des détenus en consommaient une quantité qui présentait des risques et 21,4 % absorbaient une quantité de caféine potentiellement dangereuse. Près de 75 % des détenus compris dans l'échantillon ont admis avoir fumé tous les jours pendant les six mois précédant leur incarcération et, parmi ces détenus, près de 70 % fumaient tous les jours depuis plus de 10 ans. Plus de 25 % des détenus ont déclaré qu'ils fumaient au moins 25 cigarettes par jour, et 21,7 % ont dit qu'ils en fumaient 30 ou plus.

Si près de 37 % des détenus estimaient qu'ils n'avaient pas fait assez d'exercice au cours de la période visée (six mois), la majorité (61,2 %) ont dit qu'ils en faisaient suffisamment et 2 % ont déclaré qu'ils en faisaient trop. Trente et un pour cent des répondants ont signalé qu'ils ne dormaient pas suffisamment et 5,6 %, qu'ils dormaient trop. Interrogés à propos de leur état de santé physique général, près de 60 % ont répondu qu'il était soit bon (46,4 %), soit excellent (12.4 %), alors que 31 % des détenus le jugeaient moyen et 10,2 %, mauvais.

Fonctionnement social

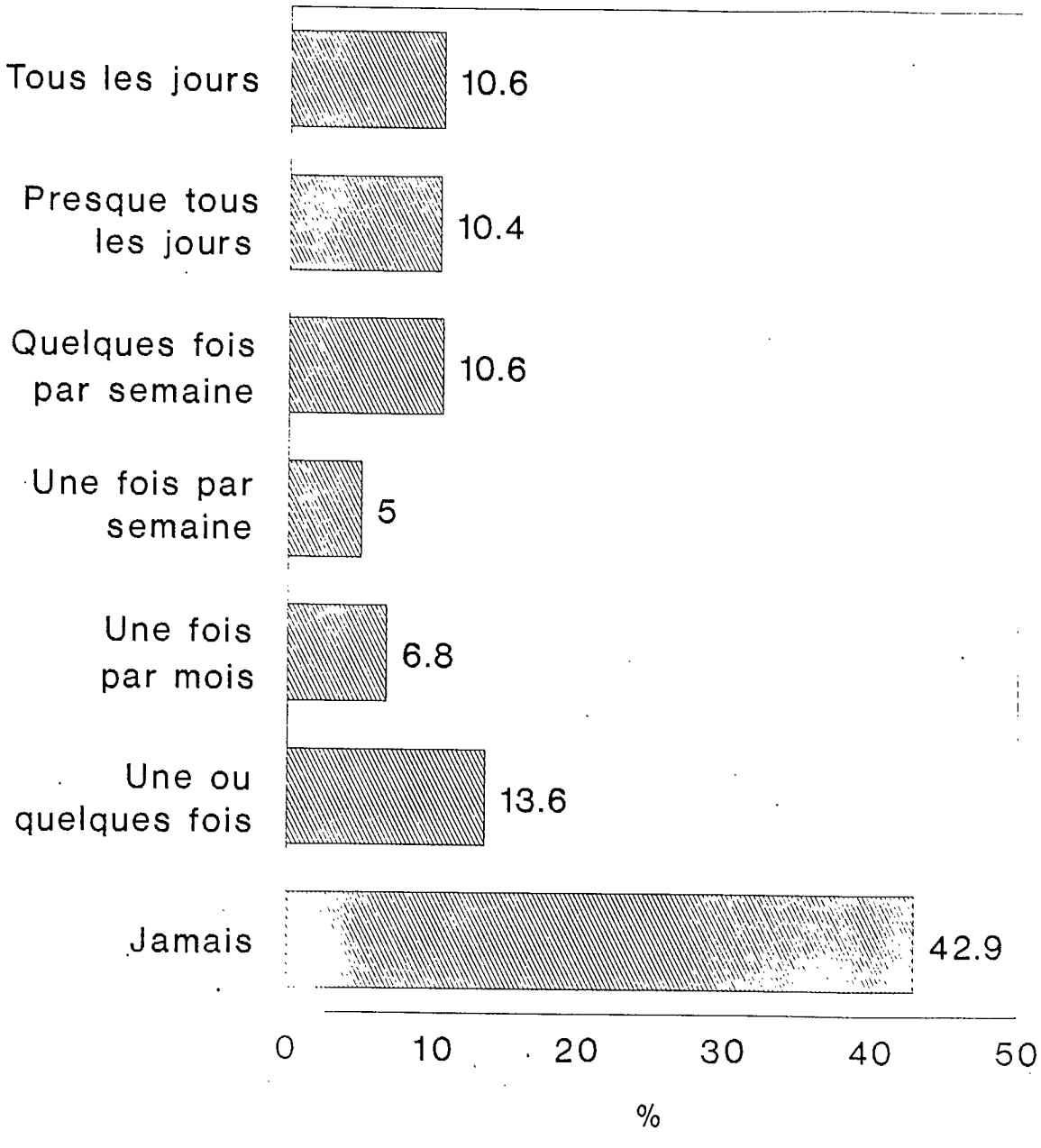
Les détenus ont été interrogés au sujet de leur mode d'hébergement pendant les six mois antérieurs à leur arrestation. Près de 62 % d'entre eux avaient des conditions d'hébergement stables: ils habitaient leur propre maison ou louaient un appartement ou une chambre. Les autres détenus (38 %) avaient eu des domiciles temporaires, habitant chez un ami ou dans un abri, ou encore n'avaient pas d'adresse fixe. Seulement 14,6 % des détenus ont dit qu'ils avaient habité avec leur conjointe pendant la période visée. Parmi ceux qui ont déclaré être mariés (23,6 %), 14 % ont admis avoir éprouvé des inquiétudes au sujet de leurs rapports avec leur femme pendant les six mois visés.

Consommation de drogues

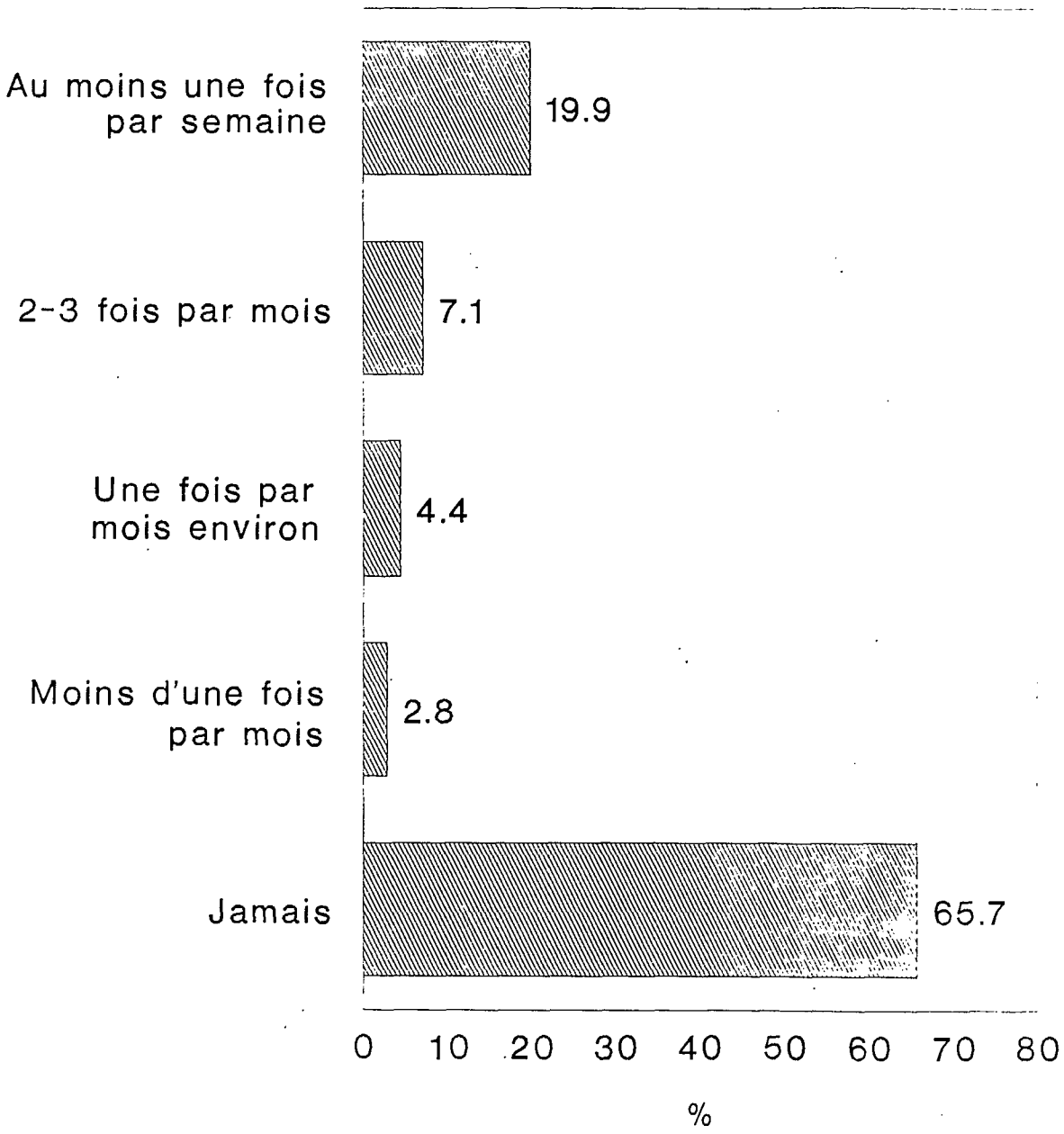
Près de 75 % des détenus compris dans l'échantillon ont admis avoir consommé des drogues au moins une fois dans leur vie. Près de 10 % d'entre eux avaient commencé à le faire avant 10 ans et 28,6 %, entre 11 et 13 ans. La section du QIMV qui porte sur les drogues vise essentiellement à mesurer la consommation de drogues au cours des six mois précédant l'arrestation. Environ 57 % des détenus ont déclaré avoir consommé des drogues au moins une fois pendant cette période.

La figure 1 présente les différentes fréquences de consommation des détenus pendant cette période de six mois. Fait à noter, plus de 10 % d'entre eux ont dit avoir pris de la drogue tous les jours et plus de 30 %, au moins quelques fois par semaine. La figure 2 illustre la fréquence, chez les détenus, d'épisodes de consommation intensive de drogue durant au moins quelques jours. Vingt pour cent des détenus compris dans l'échantillon ont dit que ces épisodes étaient survenus au moins une fois par semaine pendant les six mois précédant leur arrestation.

# Figure 1
## Fréquence de la consommation de drogues au cours des 6 mois précédant l'arrestation



# Figure 2
# Fréquence d'épisodes de consommation intensive de drogues au cours des 6 mois précédant l'arrestation



Les types de drogues consommées par les détenus qui s'étaient drogués pendant la période visée sont énumérés dans la figure 3. Il n'est pas étonnant que la plupart d'entre eux aient consommé de la marihuana ou du haschish (92 %). Pour ce qui est des drogues "fortes", 50,7 % des détenus ont déclaré avoir consommé des stimulants comme de la cocaïne ou des amphétamines, 34,1 % avaient pris des opiacés comme l'héroïne ou la morphine, et 34,6 % avaient pris des hallucinogènes comme le LSD.

Les renseignements sur la gravité de la toxicomanie chez cette population figurent dans une autre section du présent rapport, qui décrit les résultats du Test de dépistage de l'abus de drogues.

On peut s'attendre à une certaine sous-évaluation de la consommation de drogues dans les échantillons composés de détenus ou de non-détenus. C'est pourquoi nous avons examiné les réponses données aux différentes questions sur les drogues pour tenter de déceler les réponses contradictoires. Nous avons identifié 55 détenus (10,9 %) qui, après avoir dit, au départ, qu'ils n'avaient jamais consommé de drogues, ont admis par la suite avoir été drogués au moment de commettre un ou plusieurs crimes. Si on soustrait ces détenus du groupe des répondants ayant déclaré ne jamais avoir pris de drogue, le nombre de détenus ayant consommé des drogues au moins une fois s'élève, après rajustement, à 85,8 %.

Comme le nombre de détenus qui ont donné des réponses contradictoires est petit, il est peu probable que leur inclusion dans les échantillons du QIMV entraîne une sous-estimation importante du nombre de détenus toxicomanes. Cependant, le logiciel du QIMV peut être modifié pour diminuer la fréquence des réponses contradictoires. Il est alors programmé de manière à ce que les répondants qui se contredisent aient automatiquement la possibilité de corriger leurs réponses initiales, lorsque l'ordinateur détecte une contradiction.

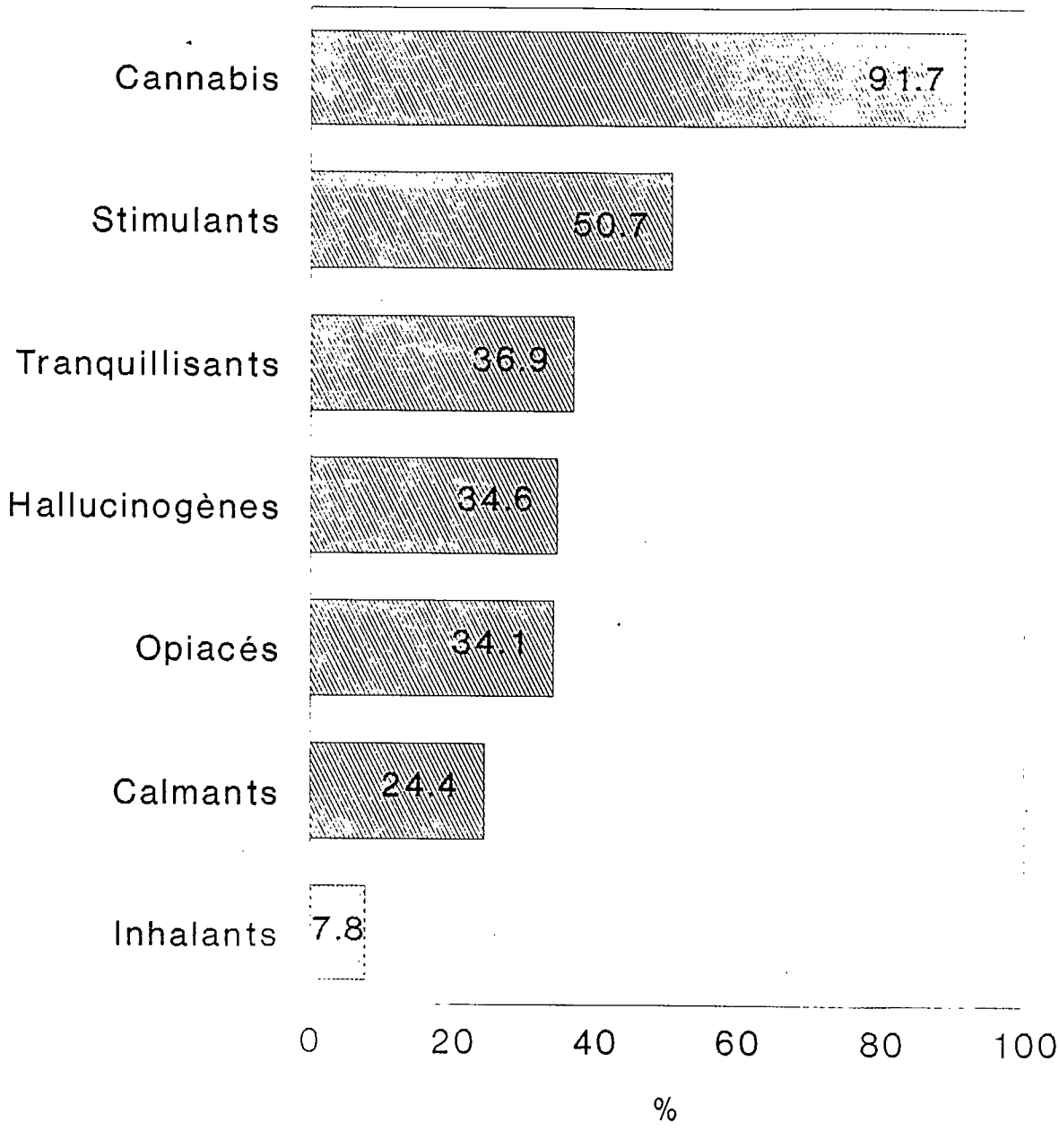
Consommation d'alcool

En tout, 97,6 % des détenus nouvellement admis ont reconnu avoir consommé de l'alcool à un moment ou l'autre de leur vie. Un peu plus de la moitié d'entre eux avaient moins de 12 ans quand ils ont bu de l'alcool pour la première fois, et 13,4 % en buvaient régulièrement (au moins une fois par semaine) avant l'âge de 14 ans. Comme la figure 4 l'indique, environ 85 % des détenus interrogés avaient consommé de l'alcool au cours des six mois précédant leur arrestation, mais ceux qui en buvaient tous les jours ne représentaient qu'une minorité (5,3 %). Cependant, comme il ressort de la figure 5, au moins 15,4 % des détenus ont dit qu'ils avaient eu des épisodes de consommation intensive au moins une fois par semaine pendant les six mois visés.

Les données sur la gravité de l'abus d'alcool figurent dans une autre section du présent document, qui porte sur la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool.

Nous avons aussi examiné les données recueillies pour relever toute contradiction dans les réponses aux questions sur la consommation d'alcool. Seulement trois répondants (0,6 %) avaient donné des réponses contradictoires; ils avaient déclaré, au début, ne jamais avoir consommé d'alcool, mais, par la suite, avaient dit qu'ils étaient ivres

# Figure 3
# Drogues consommées par des détenus au cours des 6 mois précédant l'arrestation



# Figure 4
# Fréquence de la consommation d'alcool au cours des 6 mois précédant l'arrestation

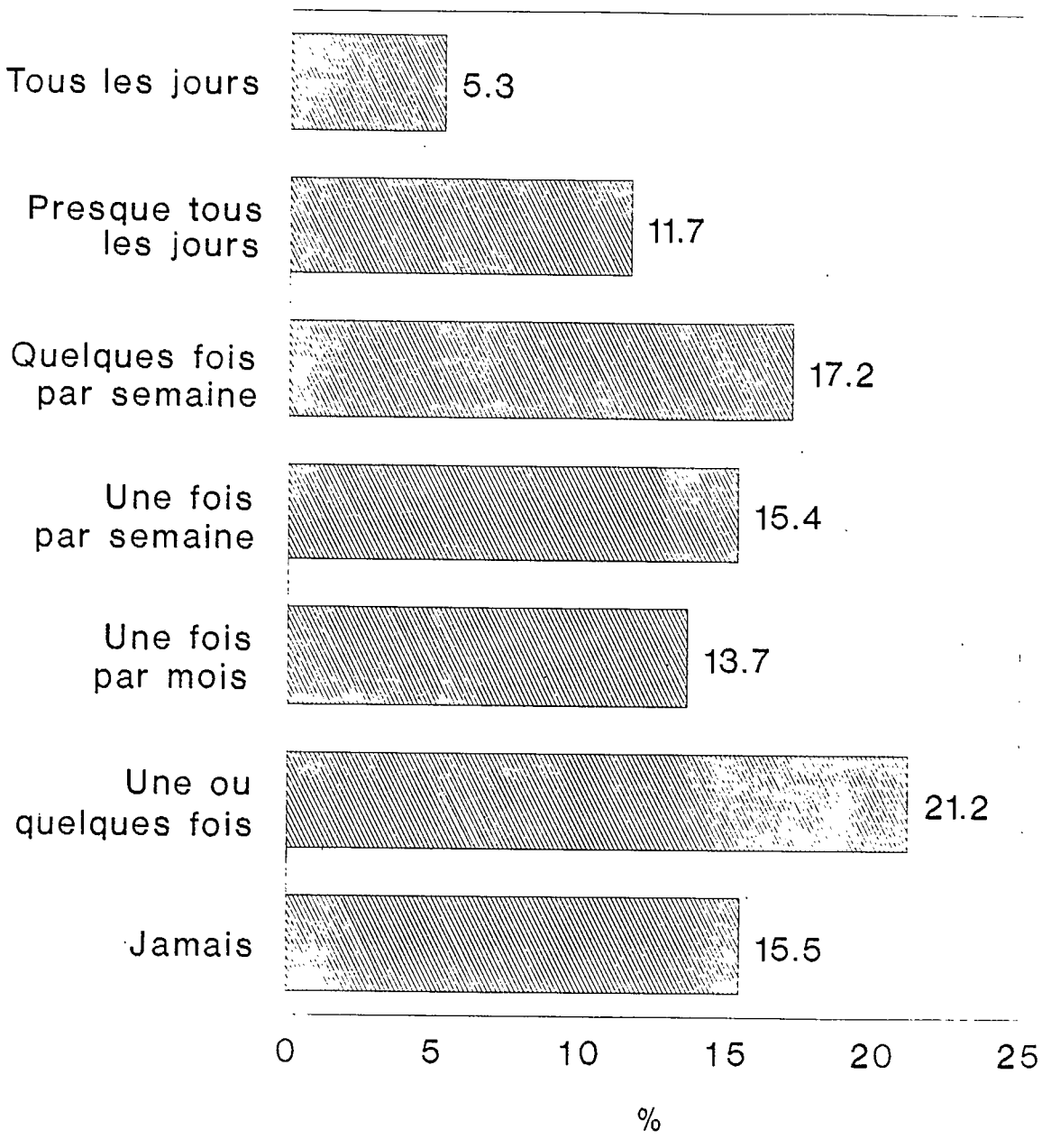
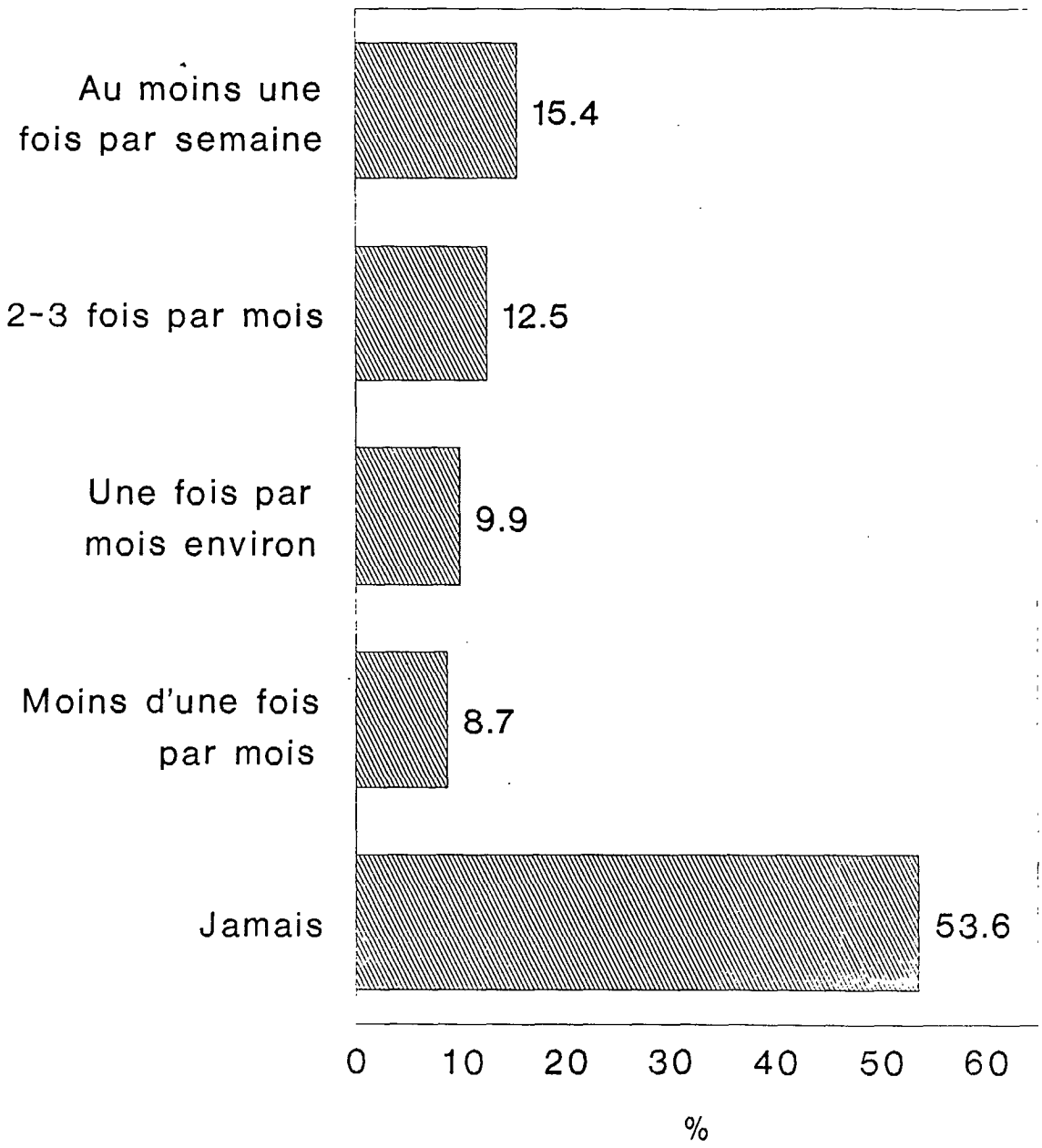


Figure 5
Fréquence d'épisodes de consommation intensive d'alcool ("cuites") au cours des 6 mois précédant l'arrestation



au moment de commettre un ou plusieurs crimes. Dans ce cas également, on peut modifier le logiciel du QIMV pour réduire la fréquence des réponses contradictoires.

Traitement de la toxicomanie

Plus de 57 % des détenus admis avaient déjà suivi un traitement quelconque. Plus de la moitié (57 %) de ceux qui l'avaient fait s'étaient fait traiter deux fois ou plus. Les détenus qui avaient déjà suivi un traitement étaient invités à dire quel était le programme le plus récent auquel ils avaient participé. Comme la figure 6 l'indique, le mode de traitement le plus fréquent était le groupe des Alcooliques anonymes. Au moins 12 % de ceux qui s'étaient fait soigner avaient déjà suivi une cure de désintoxication, et près de 2 % d'entre eux avaient participé à des programmes de traitement à l'aide de médicaments.

Près de 60 % des détenus qui avaient suivi un traitement avaient terminé leur plus récent programme de traitement, et seulement 11,5 % d'entre eux avaient trouvé ce traitement "pas utile du tout". Ces réponses laissent transparaître une attitude généralement favorable aux programmes de traitement de la toxicomanie chez cet échantillon de détenus nouvellement admis.

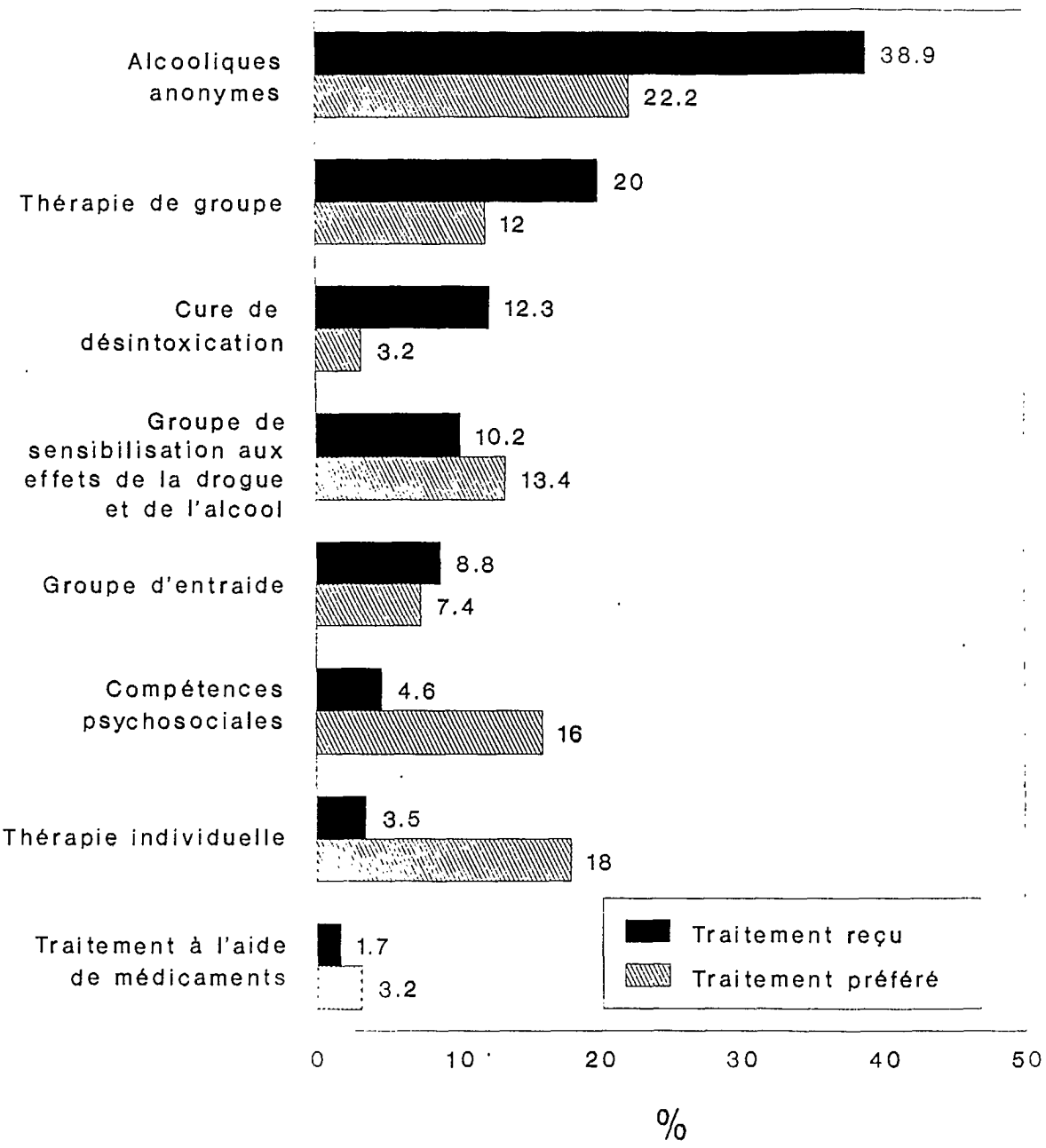
On demandait aussi aux détenus s'ils croyaient avoir besoin d'aide pour régler leurs problèmes de consommation d'alcool et de drogues et, dans l'affirmative, quel mode de traitement ils préféraient. Dans l'ensemble, 43,6 % pensaient avoir besoin d'aide pour régler leur problème de toxicomanie. La figure 6, qui illustre également les modes de traitement privilégiés par ce groupe de détenus, montre que le groupe des Alcooliques anonymes était non seulement le mode de traitement le plus souvent suivi, mais aussi le plus populaire. Fait intéressant, même si peu de détenus avaient déjà suivi une thérapie individuelle pour régler leurs problèmes de toxicomanie, ce type de traitement était souvent l'option préférée.

Comportement criminel

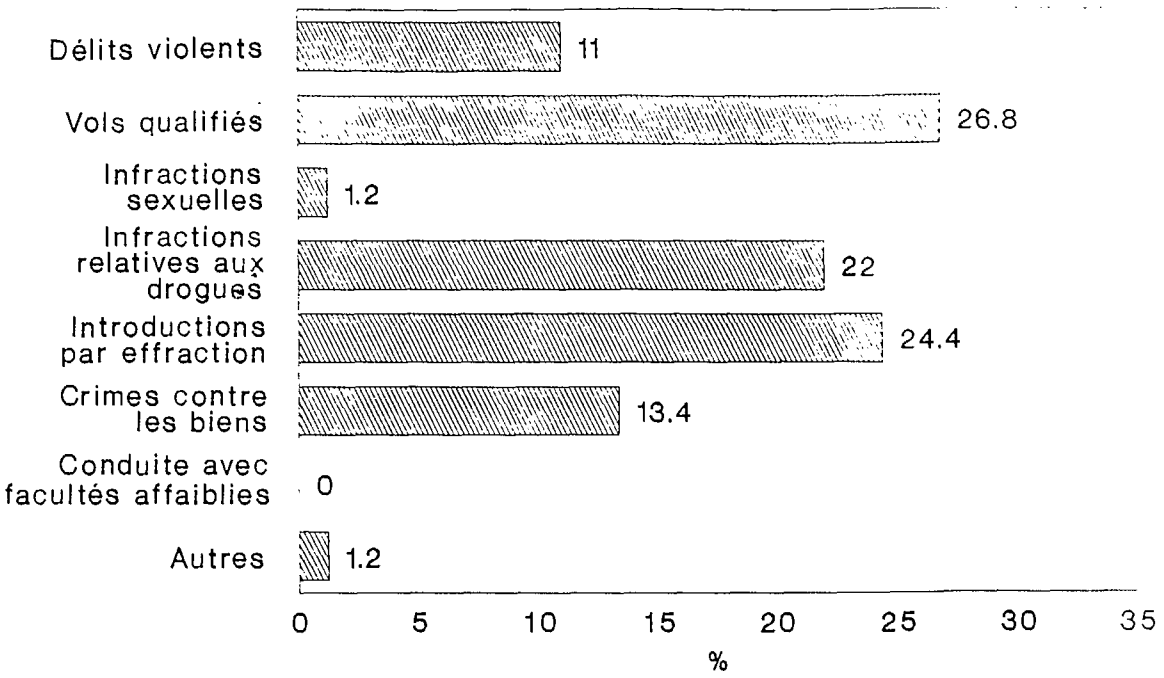
La section du QIMV qui porte sur le comportement criminel recueille des renseignements sur les activités criminelles actuelles et passées du détenu. Plus de 85 % des détenus avaient déjà été condamnés, dans le passé, pour au moins un autre crime, et près de la moitié d'entre eux ont admis avoir commencé à se livrer à des activités illégales avant l'âge de 15 ans. Environ 37 % des répondants avaient accumulé au moins dix condamnations.

Un nombre substantiel de détenus (62 % de l'échantillon) avaient consommé de la drogue ou de l'alcool le ou les jours où ils avaient commis certains des crimes pour lesquels ils étaient incarcérés. En tout, 32,7 % des détenus ont déclaré qu'ils étaient drogués, et 40,8 %, qu'ils etaient ivres, au moment de commettre au moins l'un des crimes à l'origine de leur peine actuelle. Une proportion appréciable d'entre eux (28,7 %) admettaient avoir commis au moins un de leurs crimes sous l'effet conjugué de l'alcool et de la drogue.

# Figure 6
# Traitement le plus récent de l'alcoolisme ou de la toxicomanie et mode de traitement préféré



## Figure 7
## Infractions commises sous l'effet de drogues




## Figure 8
## Infractions commises sous l'effet de l'alcool

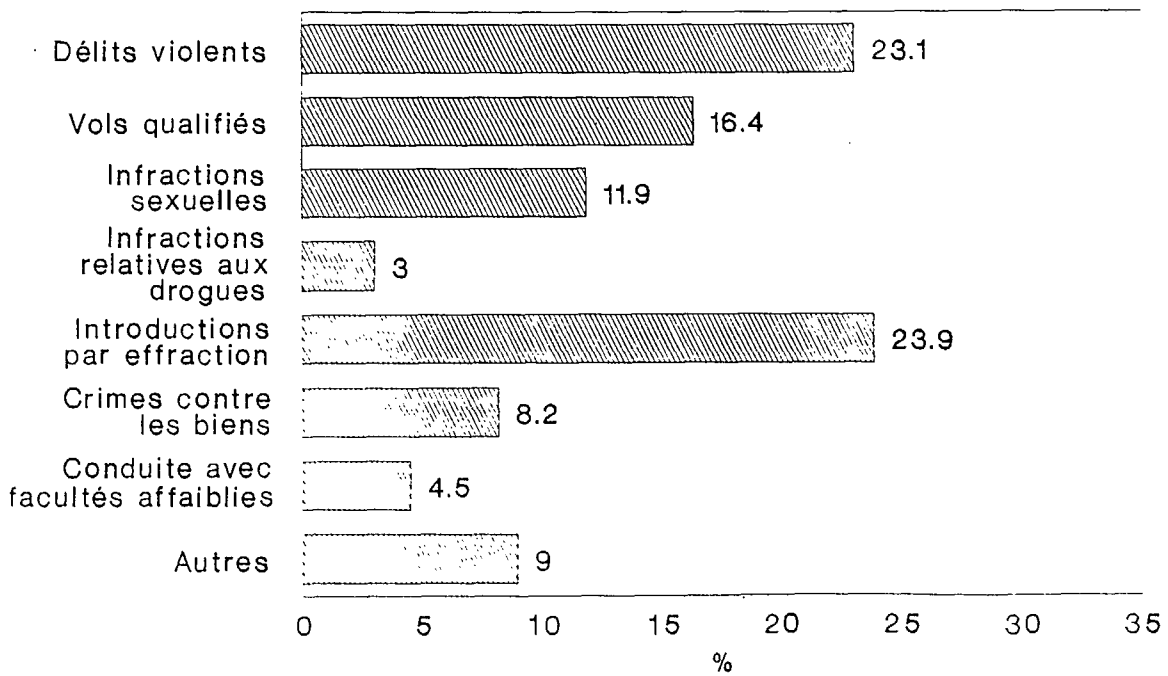
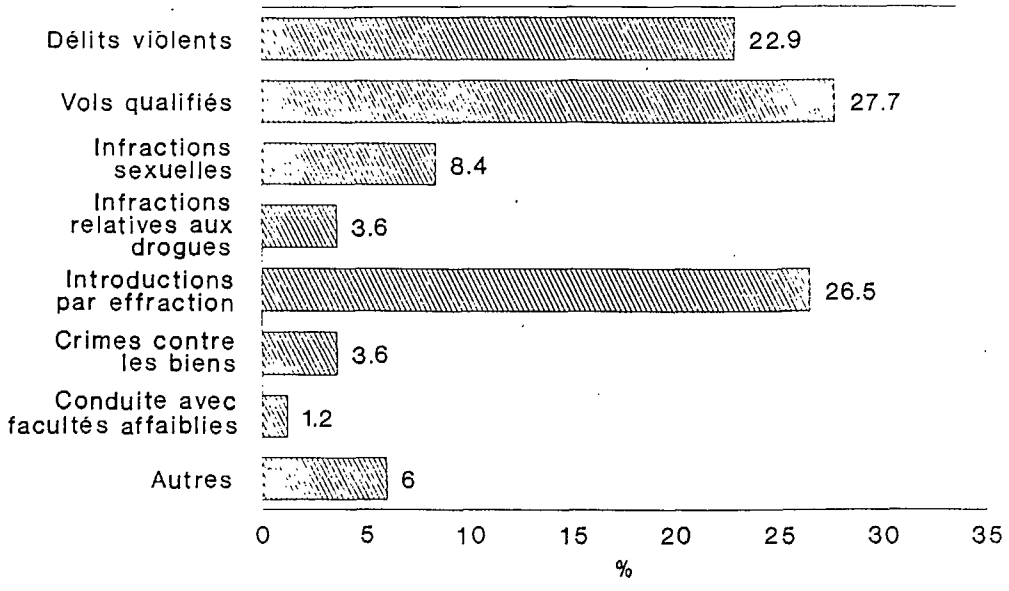


Figure 9
Infractions commises sous l'effet conjugué de la drogue et de l'alcool



Les détenus qui ont admis avoir pris de la drogue ou de l'alcool avant de commettre leurs crimes ont été priés de choisir un de ces crimes et de donner des renseignements détaillés sur les circonstances qui l'avaient entouré. Les figures 7, 8 et 9 indiquent, pour les détenus qui ont dit avoir commis des crimes après avoir pris une substance psychoactive quelconque, les types de crimes commis sous l'effet de la drogue, de l'alcool ou sous l'effet conjugué de drogues et d'alcool.

Une constatation intéressante se dégage de ces tableaux: les délits violents sont plus souvent commis sous l'effet soit de l'alcool, soit de l'alcool et des drogues à la fois, que sous l'influence exclusive de drogues. En revanche, le vol qualifié semble davantage lié à la consommation de drogues que d'alcool. Quant aux introductions par effraction, leur proportion était comparable pour les trois types de consommation.

Parmi ceux qui n'avaient consommé que de la drogue, 71,1 % ont reconnu que cela avait obscurci leur jugement, et 74,5 % ont déclaré que cela les avait prédisposé à commettre le crime. Une proportion semblable (71,1 %) de répondants ont dit qu'ils n'auraient pas commis le crime s'ils n'avaient pas pris de drogue. Les proportions correspondantes étaient très semblables pour les détenus qui avaient bu de l'alcool. Environ 76 % d'entre eux trouvaient que l'alcool avait affaibli leur jugement, 72,4 % trouvaient qu'il les avait prédisposés à commettre un crime, et 81,3 % pensaient qu'ils n'auraient pas commis le crime s'ils n'avaient pas bu.

Les détenus étaient également invités à se rappeler toutes les occasions où ils s'étaient livrés à des activités criminelles, même celles pour lesquelles ils n'avaient jamais été pris, et à estimer combien de ces crimes ils avaient commis après avoir bu ou après s'être drogués. Plus de 17 % des détenus ont affirmé qu'ils étaient drogués au moment de commettre la plupart de leurs crimes, et 18,2 % ont répondu qu'ils avaient commis tous leurs crimes sous l'influence de la drogue. Dans le cas de l'alcool, 13,9 % des détenus avaient bu avant de commettre la plupart de leurs crimes, et 18,4 %, avant tous leurs crimes.

Statistiques sur la consommation de drogues et d'alcool obtenues à l'aide du QIMV et statistiques établies aux États-Unis

En 1983, le Bureau des statistiques judiciaires des États-Unis a publié les résultats d'une enquête sur la consommation de drogues et d'alcool chez les détenus des prisons d'État. Certains des paramètres de la consommation de drogues et d'alcool mesurés par le QIMV figuraient également dans l'étude réalisée aux États-Unis (Bureau des statistiques judiciaires, 1983a, 1983b)[2]. Dans l'étude américaine, les données ont été recueillies dans le cadre d'entrevues individuelles. Les profils de consommation d'alcool et de drogues des détenus américains étaient très semblables aux profils des détenus nouvellement admis, tracés à l'aide du QIMV.

---

[2] Les données de l'étude américaine se fondaient sur un échantillon aléatoire de 12 000 détenus de prisons d'État, interrogés en 1979.

Le tableau 1 compare la consommation autodéclarée de drogues, et le tableau 2, la consommation d'alcool, chez les deux échantillons de prisonniers. Les chiffres sont presque identiques dans les deux échantillons pour ce qui est du pourcentage de détenus déclarant avoir "déjà" pris de la drogue, en avoir pris dans la période précédant l'infraction et en avoir pris avant de commettre au moins un des crimes à l'origine de leur dernière condamnation. Il y a moins d'analogies dans la consommation d'alcool déclarée par les prisonniers américains et par les détenus composant l'échantillon du QIMV, bien que les différences ne soient pas frappantes. Les détenus nouvellement admis de notre échantillon étaient moins nombreux que leurs homologues américains à dire qu'ils avaient commis des crimes après avoir bu.

**Réactions au QIMV**

Un des objectifs du projet pilote consistait à évaluer la réceptivité des détenus face à la formule d'une évaluation réalisée à l'aide d'instruments informatiques. Les détenus ont réagi favorablement et leurs réponses aux questions d'évaluation se résument ainsi:

- 91 % des détenus ont déclaré avoir très bien compris les instructions de l'ordinateur.
- 80 % ont trouvé la durée de l'évaluation "correcte", et 10,8 % l'ont trouvée "trop longue", alors que 9,2 % l'ont trouvée "trop courte".
- 79,5 % des répondants ont trouvé l'évaluation à l'aide de l'ordinateur "facile"; 17,9 % ont trouvé l'exercice "un peu difficile", et les autres l'ont trouvé "passablement" (1,5 %) ou "très" (1,1 %) difficile.
- 91,1 % des détenus ont répondu par l'affirmative à la question suivante: "Dans l'ensemble, avez-vous aimé répondre au Questionnaire sur le mode de vie?".
- 86,6 % d'entre eux ont dit qu'ils encourageraient un ami à faire l'évaluation.

Les détenus ont également été invités à évaluer l'utilité de l'information fournie par l'ordinateur en retour, dans le cadre du QIMV:

- 81,8 % ont déclaré que l'évaluation leur avait appris quelque chose ("appris certaines choses"), et 18,2 %, qu'elle ne leur avait rien appris.
- 9 % ont dit qu'ils n'avaient pas "trop bien" compris l'information fournie en retour par l'ordinateur.
- 75,3 % ont déclaré que ce feed-back leur avait donné une description claire de leur mode de vie.

En somme, le Questionnaire informatisé sur le mode de vie a été bien accueilli par les détenus, à cause de la facilité avec laquelle l'évaluation peut se faire sur ordinateur et à cause de la pertinence de l'information fournie en retour.

## Tableau 1

**Fréquence de la consommation de drogues chez les détenus américains des prisons d'État et chez les détenus nouvellement admis ayant répondu au QIMV**

| | Détenus américains | Échantillon du QIMV |
|---|---|---|
| Déjà pris de la drogue | 78,0 % | 74,9 % |
| Pris de la drogue dans la période précédant le crime* | 56,0 % | 58,1 % |
| Commis des crimes après avoir pris de la drogue | 33,0 % | 32,7 % |

* Dans le cadre de l'étude américaine, il s'agissait du mois précédant la perpétration du crime pour lequel le détenu était incarcéré. Dans le cas du QIMV, la période de référence correspondait aux six mois précédant la dernière arrestation.

## Tableau 2

**Fréquence de la consommation d'alcool chez les détenus américains des prisons d'État et chez les détenus nouvellement admis ayant répondu au QIMV**

| | Détenus américains | Échantillon du QIMV |
|---|---|---|
| Consommé de l'alcool* | 81,9 % | 84,5 % |
| Commis des crimes après avoir bu de l'alcool | 50,0 % | 32,7 % |

* Dans le cadre de l'étude américaine, la période de référence pour la consommation d'alcool correspondait à l'année qui avait précédé le crime pour lequel le détenu était incarcéré. Dans le cas du QIMV, la période de référence correspondait aux six mois précédant la dernière arrestation.

## DÉPISTAGE DE PROBLÈMES DE DROGUES ET D'ALCOOL

Le Test de dépistage de l'abus de drogues (TDAD) et la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool (GEDA) sont des composantes essentielles du QIMV conçues pour évaluer la gravité des problèmes de toxicomanie chez les nouveaux détenus. La présente section décrit la répartition des scores obtenus, pour ces deux outils d'évaluation, et examine leur utilité éventuelle pour la détermination du traitement. Comme on l'a précisé plus haut, chacun de ces instruments permet de classer les problèmes de toxicomanie en cinq catégories, selon qu'ils sont "nuls", "légers", "moyens", "importants" ou "graves". Les détenus dont les problèmes sont moyens, importants ou graves manifestent des difficultés comparables, par leur ampleur, à celles qu'éprouvent les personnes libres qui consultent des spécialistes pour des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. On présume donc que les détenus qui se rangent dans ces catégories, d'après les résultats du TDAD ou de la GEDA, ont besoin d'une certaine intervention pour mettre fin à leur surconsommation d'alcool ou de drogues.

### Fiabilité du QIMV

La première étape dans l'évaluation de ces instruments consistait à examiner leur fiabilité, sur le plan de la cohérence des réponses données par les détenus aux questions dont on combine les résultats pour calculer le degré de gravité. Les indices de fiabilité (coefficients Alpha de Cronbach) obtenus étaient de 0,91 pour le TDAD et de 0,95 pour la GEDA, ce qui indique un très fort degré de cohérence interne pour cet échantillon[3]. Il était possible que la cohérence interne des échelles fût gonflée, parce que les détenus qui déclaraient ne jamais avoir consommé de drogues ou d'alcool auraient des scores de 0 pour chacune des questions des tests correspondants. Cependant, quand nous avons recalculé la cohérence interne des réponses données par les sous-échantillons de consommateurs d'alcool et de drogues, nous avons constaté que les coefficients restaient stables (TDAD = 0,90; GEDA = 0,94).

La fiabilité du TDAD et de la GEDA pour des échantillons composés de détenus n'a pas encore été établie. Les coefficients de fiabilité antérieurs (TDAD = 0,95; Skinner et Horn, 1982; GEDA = 0,92, Skinner et Allen, 1982) se fondent sur des échantillons de personnes qui n'étaient pas des détenus et qu'on évaluait en vue de leur faire suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie. D'après les données actuelles, le TDAD et la GEDA ont un bon indice de la fiabilité, aussi bien pour des groupes de détenus que de non-détenus.

---

[3] La valeur des coefficients Alpha de Cronbach peut varier de 0,0 à 1,0. Dans la plupart des cas, des coefficients de fiabilité d'au moins 0,60 sont considérés comme adéquats.

**Gravité de la surconsommation d'alcool et de drogues**

La figure 10 présente la répartition des scores obtenus par cet échantillon de détenus au TDAD[4]. Plus de la moitié des détenus de l'échantillon (52,4 % ont déclaré ne pas avoir éprouvé de problème de drogues au cours des six mois qui ont précédé leur dernière arrestation, alors qu'un peu plus de 6 % manifestaient les plus graves problèmes de toxicomanie. En tout, 27,5 % des détenus de l'échantillon avaient éprouvé des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" de consommation de drogues au cours des six mois précédant leur dernière arrestation. Sur la foi de ces données, on peut conclure qu'environ le quart des détenus admis ont besoin d'une aide quelconque pour régler des problèmes de toxicomanie.

Les degrés de gravité établis à l'aide de la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool (GEDA) sont illustrés dans la figure 11[5]. Les problèmes d'alcool allant de "moyens" à "graves" étaient moins fréquents que les problèmes de drogue d'une gravité équivalente chez cet échantillon de détenus. En effet, seulement 19,4 des détenus obtenaient des scores qui les classaient dans la catégorie des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" sur la GEDA, et seulement 2,6 % d'entre eux se rangeaient dans la catégorie de l'alcoolodépendance la plus aiguë (problèmes "graves"). Fait intéressant à noter, environ le tiers des détenus de l'échantillon (32,6 %) avaient un "léger" problème de dépendance à l'alcool, alors que 20,1 % d'entre eux avaient un "léger" problème de drogue.

L'examen des résultats obtenus au TDAD et à la GEDA dans les deux régions qui ont participé au projet pilote (l'Atlantique et les Prairies) n'a révélé aucune différence statistiquement significative[6]. La figure 12 montre la proportion de cas, dans chaque région, qui correspondent à chaque degré de gravité du TDAD et de la GEDA. Comme on le voit, les différences entre les deux régions sont négligeables.

**Autres évaluations de la toxicomanie chez les détenus**

Si le TDAD et la GEDA doivent servir d'outils de dépistage initial de la toxicomanie chez les détenus et permettre de déterminer les programmes de traitement nécessaires, il importe de prouver que les estimations qu'ils fournissent concordent avec les données normatives dont

---

4 Ces données excluent les 55 détenus (10,9 %) mentionnés plus haut qui ont donné des réponses contradictoires à des questions sur leur consommation de drogues. Nous avons exclu ces cas parce qu'il était impossible d'obtenir des scores fiables au TDAD.

5 Ces données excluent les trois détenus mentionnés plus haut qui ont donné des réponses contradictoires aux questions sur leur consommation d'alcool. Nous avons exclu ces cas parce qu'il était impossible d'obtenir des scores fiables sur la GEDA.

6 On a utilisé le test de Khi-carré pour déceler les écarts entre les régions, dans la répartition des résultats. Aucun écart n'a été observé pour le TDAD ni la GEDA ($p > 0,3$).

Figure 10
Degré de gravité des problèmes, d'après le TDAD (%)

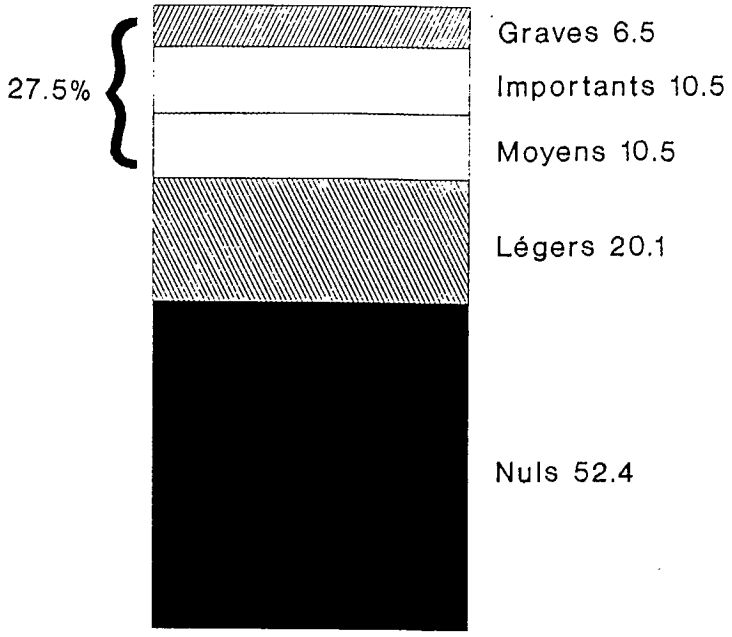



Figure 11
Degré de gravité des problèmes, d'après la GEDA (%)

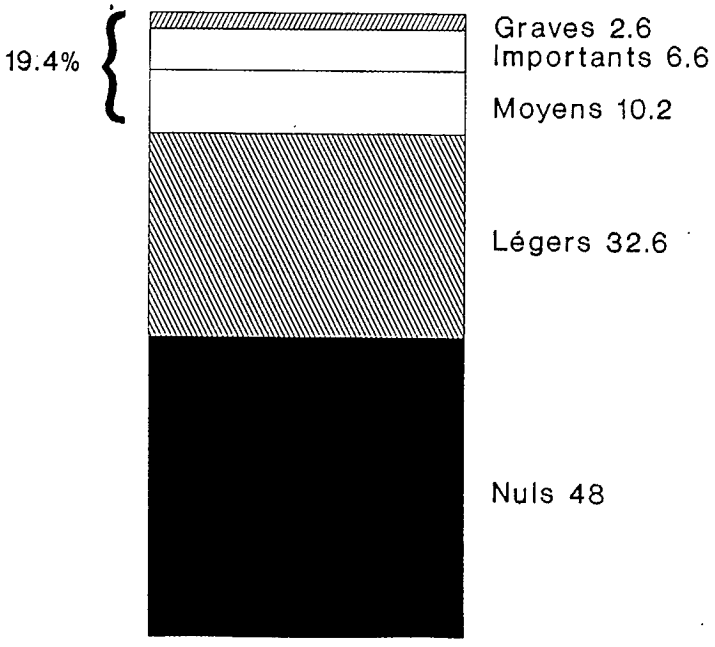
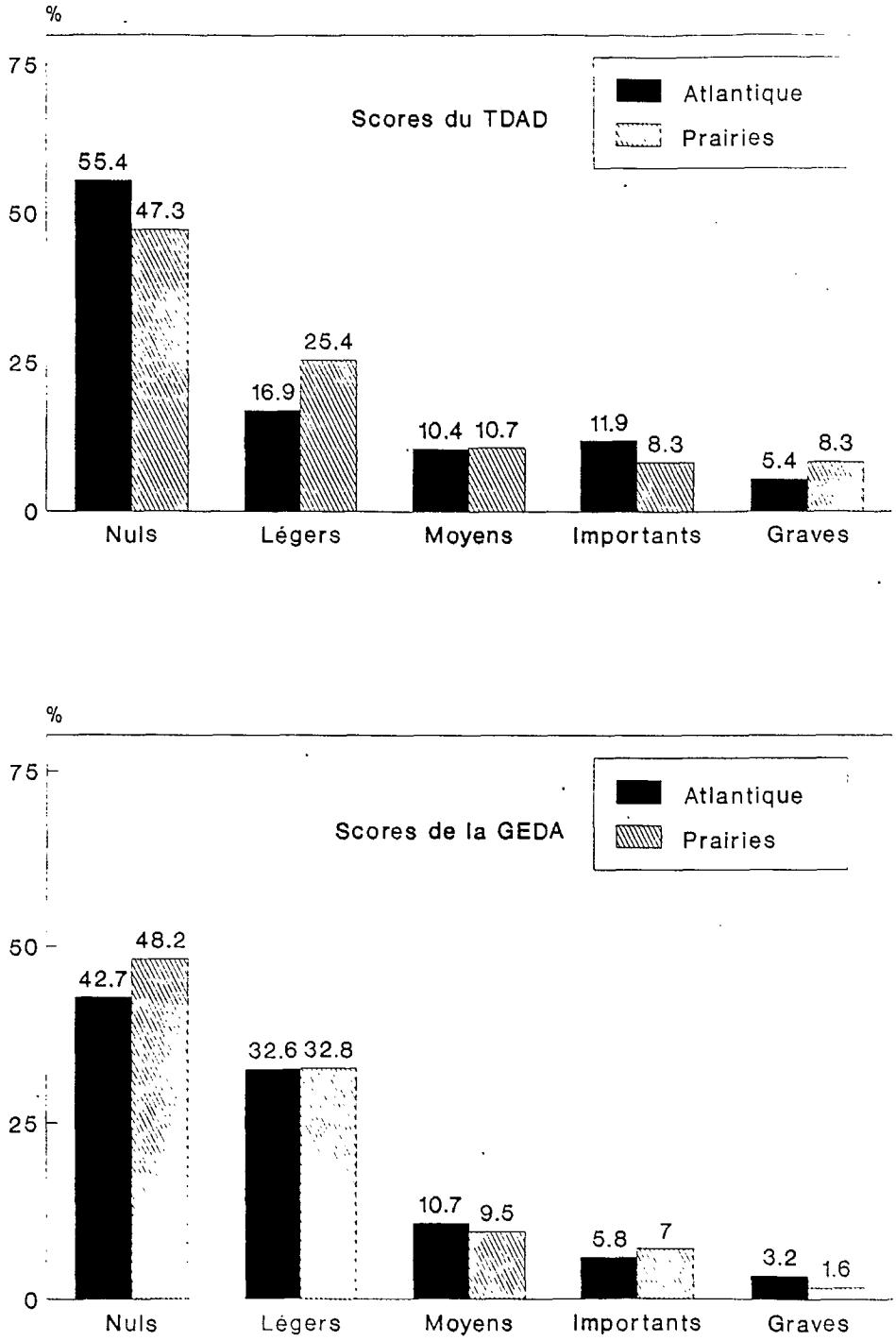


Figure 12
Degrés de gravité des problèmes, d'après le TDAD et la GEDA, par région



nous disposons sur les problèmes de drogue dans notre population carcérale. Or, notre estimation du nombre des détenus ayant besoin d'un traitement en raison de leur consommation de drogues (27,5 %) ou d'alcool (19,4 %), d'après le QIMV, est quelque peu inférieure aux chiffres contenus dans une étude antérieure réalisée dans la région de l'Ontario par Lightfoot et Hodgins (1988). Cette étude se fondait sur des entrevues au sujet de la consommation de drogues et d'alcool, réalisées à l'aide des questions du TDAD et de la GEDA, auprès de 275 détenus volontaires. D'après Lightfoot et Hodgins, environ 63,5 % des répondants volontaires avaient eu des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" de surconsommation de drogues au cours des six mois précédant l'entrevue. Par ailleurs, environ 47 % des détenus interrogés avaient des problèmes de dépendance à l'alcool "moyens", "importants" ou "graves". Les figures 13 et 14 comparent les estimations respectives du TDAD et de la GEDA fondées sur l'échantillon de Lightfoot et Hodgins, et sur l'échantillon des détenus ayant répondu au QIMV.

Il importe de souligner le fait que l'étude de Lightfoot et Hodgins ne visait pas à mesurer l'ampleur des problèmes de toxicomanie pour pouvoir évaluer le nombre de détenus qui avaient besoin de traitement. Lightfoot et Hodgins ont conçu leur étude dans le but de recueillir des renseignements qui pourraient faciliter l'élaboration de divers programmes de traitement de la toxicomanie à l'intention des détenus (voir Hodgins et Lightfoot, 1988). Par conséquent, l'écart entre les résultats s'explique vraisemblablement par un biais d'échantillonnage attribuable à l'autosélection des répondants, l'échantillon de Hodgins et Lightfoot se composant de détenus qui s'étaient portés volontaires. Or, comme les répondants éventuels avaient été informés des objectifs de l'étude, les détenus qui éprouvaient des problèmes de drogue ont été recrutés et ils étaient peut-être plus enclins à participer à l'étude, étant touchés personnellement par le sujet. Pour cette raison, les estimations du QIMV, qui se fondent sur un échantillon séquentiel des détenus admis aux pénitenciers, fournissent sans doute les estimations les plus valides (obtenues à l'aide du TDAD et de la GEDA) du nombre de détenus qui ont besoin d'un traitement de la toxicomanie, dans l'ensemble de notre population carcérale.

Les données du QIMV sont aussi plus compatibles avec les données sur la toxicomanie chez les détenus des pénitenciers fédéraux, recueillies à l'aide d'autres instruments de mesure. L'enquête sur la santé mentale (Direction de la recherche et des statistiques, 1990) donne la proportion de détenus ayant éprouvé des problèmes d'abus de substances toxiques ou de dépendance aux substances toxiques soit au cours de leur vie, soit au cours de l'année précédente. Les auteurs de l'étude ont utilisé le Plan d'entrevue diagnostique (PED) (Diagnostic Interview Schedule, Institut national de la santé mentale des États-Unis) pour établir des diagnostics fondés sur le DSM III à l'égard de plus de 2 000 détenus de pénitenciers fédéraux, compris dans un échantillon aléatoire national.

Les diagnostics du PED relatifs à l'abus de drogues ou à la dépendance de drogues reposent sur la manifestation d'une consommation pathologique et d'un fonctionnement social et professionnel handicapé. Des paramètres semblables permettent de diagnostiquer l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, à l'aide des critères diagnostiques du DSM III. L'enquête sur la santé mentale a révélé que 52,9 % des détenus sous responsabilité fédérale avaient éprouvé des problèmes d'abus de drogue ou de dépendance à la drogue par le passé, et que 69,8 % avaient déjà eu des problèmes d'abus d'alcool ou de dépendance à l'alcool. Cependant, d'après les critères utilisés, seulement 16,8 % des détenus avaient éprouvé depuis

Figure 13
Degrés de gravité des problèmes, d'après le TDAD échantillon de volontaires de l'Ontario et échantillon du QIMV

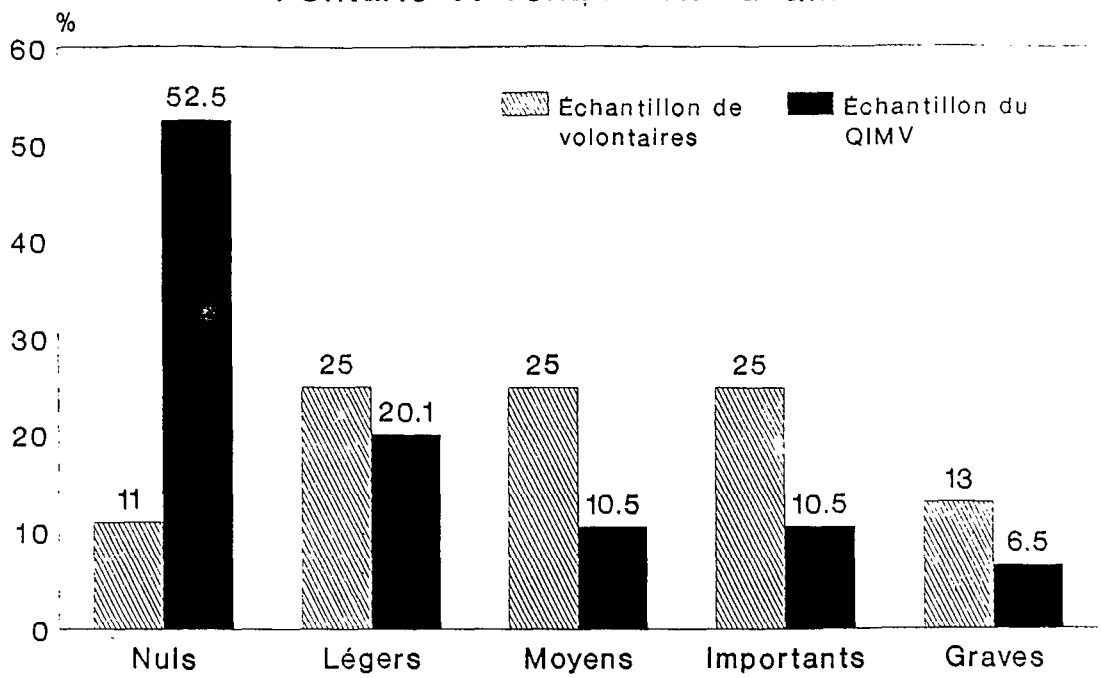
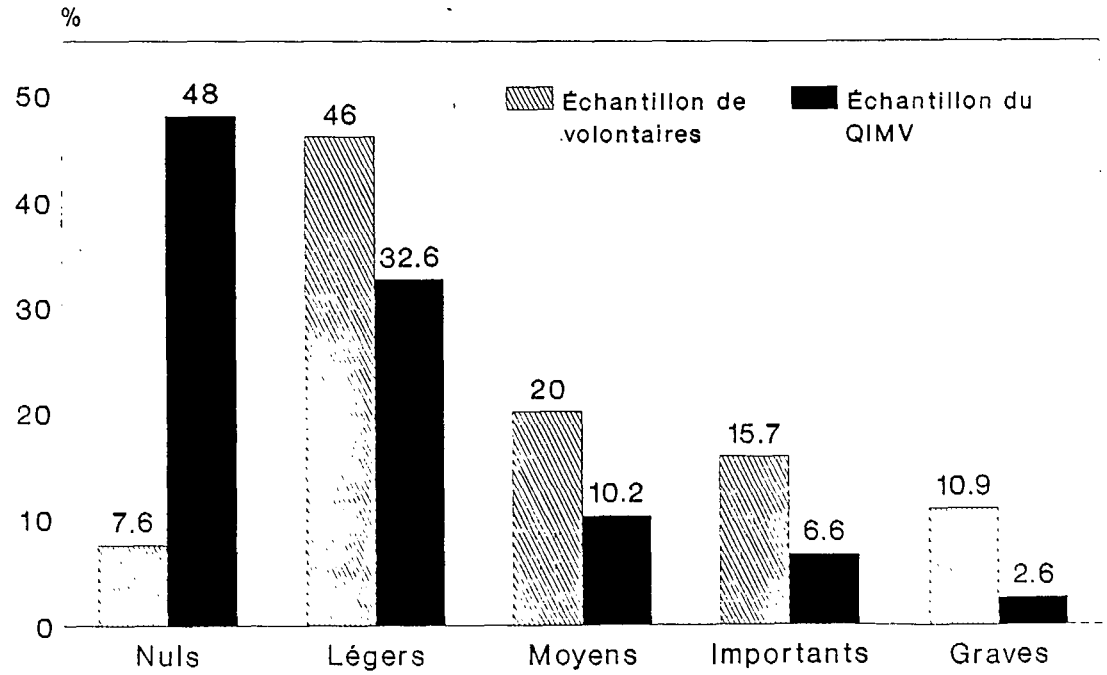



Figure 14
Degrés de gravité des problèmes, d'après la GEDA échantillon de volontaires de l'Ontario et échantillon du QIMV



un an des problèmes de surconsommation de drogues ou de dépendance à la drogue. Dans le cas de l'alcool, cette proportion n'était que de 13,1 % des détenus[7].

Les résultats du TDAD se fondent sur les problèmes de drogues éprouvés par les nouveaux détenus au cours des six mois ayant précédé leur dernière arrestation. Pour cette raison, les estimations relatives à la toxicomanie obtenues à l'aide du TDAD (27,5 %) et de la GEDA (19,4 %) devraient être comparées aux statistiques sur la prévalence de la surconsommation d'alcool et de drogues, contenues dans L'enquête sur la santé mentale, qui sont fondées sur l'année précédente (16,8 % et 13,1 %, respectivement) et non sur toute la vie (52,9 % et 69,8 %).

Bien que l'écart ne soit pas énorme, les estimations des problèmes de toxicomanie obtenues à l'aide du TDAD et de la GEDA sont supérieures aux taux de prévalence du PED. Or, comme les données du TDAD et de la GEDA correspondent aux détenus nouvellement admis, on peut conclure que beaucoup de ces détenus étaient en liberté immédiatement avant de répondre à la batterie de questions de l'évaluation. Logiquement, ces détenus avaient eu accès aux boissons alcoolisées et aux drogues plus récemment que la plupart des détenus de l'échantillon de L'enquête sur la santé mentale, qui, eux, étaient puisés dans la population carcérale générale. Il n'est donc pas étonnant que les estimations que nous avons obtenues à l'aide du QIMV soient un peu plus élevées que les taux de prévalence de L'enquête sur la santé mentale. Une autre possibilité qu'on ne saurait écarter est que l'approche informatisée encourage davantage les prisonniers à révéler leurs véritables habitudes de consommation d'alcool et de drogues que la méthode de l'entrevue, utilisée dans le cadre de L'enquête sur la santé mentale.

D'après nos données, les résultats du TDAD et de la GEDA, obtenus à partir des renseignements fournis par les détenus eux-mêmes en réponse au QIMV, donnent un indice raisonnable du nombre de détenus nouvellement admis qui ont besoin de suivre un traitement quelconque pour mettre fin à leur surconsommation d'alcool ou de drogues. La fiabilité de ces instruments de mesure est plus que suffisante, et le nombre estimatif de détenus qui auraient besoin de traitement concorde assez bien avec les données des rapports antérieurs.

**Recoupement de problèmes de drogues et d'alcool**

Il était prévu que beaucoup de détenus manifesteraient les signes d'une surconsommation conjuguée de drogues et d'alcool. Le tableau 3 est un tableau croisé qui présente les scores du TDAD et de la GEDA, dans le cas des détenus dont les données étaient valides pour les deux cas (n = 448). Ces données sont également illustrées dans la figure 15. Comme cette figure en témoigne, les degrés de gravité des problèmes liés à l'alcool et à la drogue se

---

[7] Ces statistiques sur la prévalence se fondent sur des critères de diagnostic très larges. Quand on applique des critères plus stricts, les estimations au sujet de la prévalence sont de beaucoup inférieures. Si on utilise ces critères stricts, l'estimation de la prévalence de l'abus ou de la dépendance est de 40,9 % pour la drogue, et de 47,2 % pour l'alcool, à un moment ou à un autre de la vie des détenus. Les taux de prévalence sont de 13,1 % et de 9,8 % respectivement, si la période de référence est l'année précédente.

recoupaient. Environ 9,2 % des détenus compris dans l'échantillon éprouvaient des problèmes dont la gravité allait de moyenne à grave sur l'échelle et du TDAD, et de la GEDA. Si on analyse les données du tableau 3, on voit qu'environ la moitié (47,6 %) des détenus qui ont manifesté des problèmes d'alcoolodépendance dont la gravité allait de moyenne à grave se sont rangés dans la même catégorie au TDAD. Et inversement, le tiers (33,3 %) des détenus, qui d'après les résultats du TDAD, éprouvaient de graves problèmes de drogue, avaient également obtenu des scores élevés à la GEDA.

Une question importante se pose au sujet du nombre total de détenus alcooliques ou toxicomanes qui semblent avoir besoin d'un certain type d'intervention. Dans la figure 15, les catégories du TDAD et de la GEDA sont combinées, ce qui révèle la proportion de détenus qui ont soit des problèmes d'alcool, soit des problèmes de drogue. Il en ressort que 37,4 % des détenus ont des problèmes moyens, importants ou graves de surconsommation, d'après au moins un des deux instruments de mesure. Sur la foi de ces données, on peut donc estimer à environ 37 % la proportion des détenus nouvellement admis qui ont besoin de se faire traiter à cause de problèmes de drogues ou d'alcool.

Il semblerait, par ailleurs, que les problèmes moins graves de consommation d'alcool et de drogues exigent moins d'attention. Près de 30 % des détenus de l'échantillon ont fait état de "légers" problèmes liés à l'alcool ou à la drogue. Quant aux autres (32,8 %), ils n'ont signalé aucun problème d'abus d'alcool ou de drogues. En ce qui concerne les programmes offerts en établissement, ces détenus pourraient être considérés comme de bons candidats à des interventions axées sur la sensibilisation et la prévention.

**Choix des programmes**

Il ressort des données présentées jusqu'ici qu'une très grande proportion des détenus admis dans nos pénitenciers ont des problèmes de surconsommation de drogues et d'alcool qui nécessitent un traitement. À peine le tiers des détenus de l'échantillon ne semblaient éprouver aucun problème de cet ordre, d'après les résultats du TDAD et de la GEDA. Donc, au moment de leur admission, les deux tiers des détenus auraient besoin d'aide. De toute évidence, il faut établir des critères qui permettront d'offrir différents niveaux de traitement à cette nombreuse clientèle.

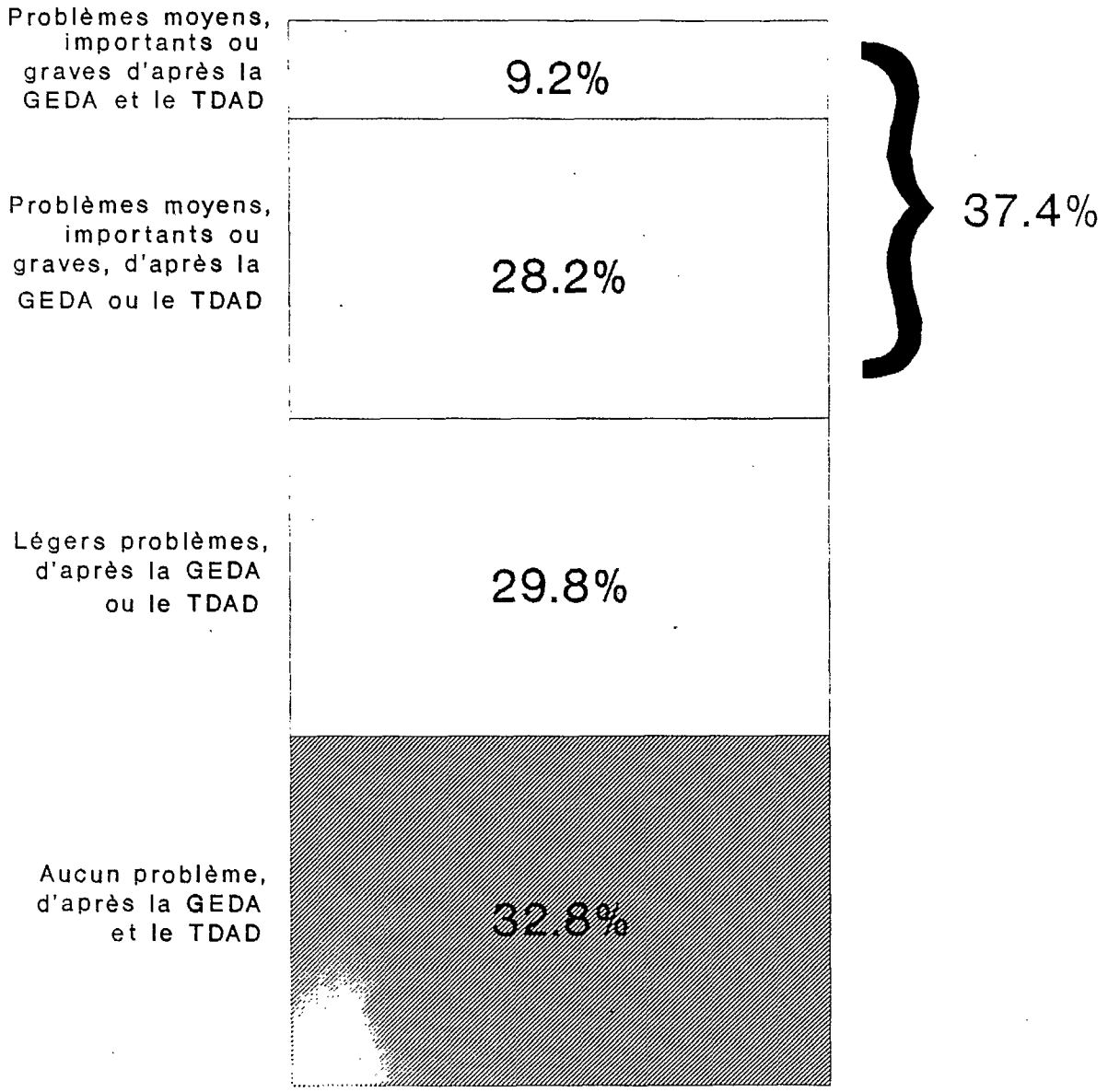
En appliquant les critères de la GEDA et du TDAD, on pourrait réserver aux 37,5 % des détenus qui manifestent des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" notre mode de traitement le plus intensif (par exemple, les communautés thérapeutiques). Le groupe suivant (29,7 %), formé par les détenus qui éprouvent de légers problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, pourrait bénéficier d'un traitement moins intensif (prévention des rechutes, par exemple). Enfin, les détenus qui déclarent ne pas avoir de problèmes de drogues ou d'alcool (32,8 %) pourraient se voir offrir des programmes de prévention primaire de faible intensité. La critique évidente que peut susciter ce plan de répartition des détenus est qu'il serait impossible d'offrir un traitement intensif à tous ceux qui obtiennent des résultats élevés au TDAD et à la GEDA - car ils représentent environ 40 % des nouveaux détenus. On pourrait, comme solution de rechange, offrir une gradation de niveaux de traitement, selon que les problèmes de surconsommation sont "nuls", "légers", "moyens", "importants" ou "graves". Cependant, ce système serait lourd à administrer en raison des nombreuses catégories de

## Tableau 3

## VENTILATION DES RÉSULTATS DU TDAD ET DE LA GEDA

| Degré de gravité des problèmes -GEDA | Degré de gravité des problèmes - TDAD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nuls | Légers | Moyens | Importants | Graves | Total |
| Nuls | 32,74 (146) | 6,05 (27) | 4,48 (20) | 2,69 (12) | 2,69 (12) | (217) |
| Légers | 13,45 (60) | 10,31 (46) | 4,26 (19) | 3,36 (15) | 0,67 (3) | (143) |
| Moyens | 4,04 (18) | 3,14 (14) | 0,09 ((4) | 1,79 (8) | 0,67 (3) | (47) |
| Importants | 1,57 (7) | 0,67 (3) | 0,90 (4) | 2,02 (9) | 0,67 (3) | (26) |
| Graves | 0,67 (3) | 0,00 (0) | 0,00 (0) | 0,45 (2) | 1,79 (8) | (13) |
| **Total** | (234) | (90) | (47) | (46) | (29) | (446) |

# Figure 15
# Ventilation des résultats combinés de la GEDA et du TDAD


Problèmes moyens, importants ou graves d'après la GEDA et le TDAD
9.2%
Problèmes moyens, importants ou graves, d'après la GEDA ou le TDAD
28.2%
37.4%
Légers problèmes, d'après la GEDA ou le TDAD
29.8%
Aucun problème, d'après la GEDA et le TDAD
32.8%

traitement, et difficile à justifier parce que la détermination de l'intensité et du mode de traitement reposerait sur un seul critère (scores du TDAD ou de la GEDA).

Une solution possible consisterait à appliquer en outre d'autres critères pour choisir les détenus devant avoir accès en priorité aux ressources de traitement limitées. En combinant certains indicateurs de "risque" (notamment le caractère chronique de la surconsommation, la tendance à devenir violent sous l'effet de drogues ou d'alcool, le lien entre cette consommation et le comportement criminel) avec le degré de gravité des problèmes d'alcool ou de drogue, on pourrait tenir compte de facteurs d'une importance primordiale pour les services correctionnels au moment de décider de la distribution des services de traitement de la toxicomanie.

Si cette approche était adoptée pour classer les détenus en vue de leur traitement, les instruments de mesure que sont le TDAD et la GEDA pourraient servir à opérer un premier dépistage. Ils permettraient d'identifier dès leur admission les détenus qui semblent éprouver les plus graves problèmes de toxicomanie. Dans un deuxième temps, on s'efforcerait d'identifier, parmi ces cas, un sous-groupe de détenus présentant certains risques, d'après les critères de risque choisis. La formule de traitement la plus intensive serait réservée à ce sous-groupe de détenus, et les traitements moins intensifs seraient offerts aux autres détenus identifiés comme étant des consommateurs de drogues et d'alcool. Cette façon de procéder permettrait de ramener à une proportion plus raisonnable le nombre de détenus ayant droit à un traitement intensif, et fournirait de bons critères de décision à ceux qui doivent déterminer quels détenus seront traités en priorité.

Nous avons examiné la faisabilité d'une formule consistant à appliquer des critères fondés, d'une part, sur la gravité des problèmes de toxicomanie et, d'autre part, sur les risques correctionnels au processus de triage des détenus en fonction des données du QIMV. Il s'agit de la première tentative de classer les détenus selon le traitement dont ils ont besoin, et il est évident qu'il faudra procéder à d'autres recherches pour pouvoir mettre au point des typologies permettant, dans la pratique, de choisir le traitement indiqué. Il y aura peut-être lieu d'appliquer d'autres critères de risque, et les exemples donnés pourraient être remaniés. Cependant, les renseignements qui suivent fournissent un exemple des règles de décision qui pourraient s'appliquer, et illustrent la répartition des détenus parmi les différents groupes de traitement qui pourrait s'ensuivre.

Dans un premier temps, nous avons retenu tous les détenus qui, d'après leurs scores au TDAD et à la GEDA, éprouvaient des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" de surconsommation. Dans un deuxième temps, nous avons choisi d'autres critères correspondant à des facteurs qui semblent permettre de prédire avec une certaine justesse la probabilité d'incidents négatifs en milieu correctionnel chez les détenus toxicomanes. Nous avons appliqué les critères suivants pour choisir un sous-échantillon de cas parmi ceux qui avaient obtenu des résultats élevés au TDAD:

- Détenus ayant déclaré qu'ils étaient drogués au moment de commettre un ou plusieurs des crimes à l'origine de leur peine actuelle.

- Détenus présentant un profil de toxicomanie chronique ou prolongée, indiqué par la consommation de drogue au moins une fois par semaine dès ou avant l'âge de 16 ans.

- Polytoxicomanes ayant consommé plus d'une sorte de drogue au cours des six mois précédant leur dernière arrestation.

Pour être classé dans la catégorie de toxicomanes devant être traités en priorité, les détenus devaient satisfaire à ces trois conditions à la fois. L'application de ces critères a permis de retenir 38,5 % des détenus chez qui le TDAD avait permis de déceler des problèmes "moyens", "importants" ou "graves".

Une façon de procéder semblable a été utilisée avec les détenus qui avaient obtenu des scores élevés sur la Grille d'évaluation de la dépendance à l'alcool (GEDA). Nous avons modifié les critères de risque pour tenir compte des facteurs de risque liés à la consommation d'alcool. La propension à la violence, particulièrement, sous l'effet de l'alcool a été retenue comme facteur important, en raison de ses répercussions sur le milieu carcéral. Les critères suivants ont servi à choisir un sous-échantillon de détenus parmi ceux qui avaient obtenu des résultats élevés à la GEDA:

- Détenus ayant dit qu'ils avaient bu avant de commettre un ou plusieurs des crimes à l'origine de leur incarcération.

- Détenus ayant un profil d'alcoolisme chronique ou de longue durée, indiqué par la consommation de boissons alcooliques au moins une fois par semaine dès ou avant l'âge de 16 ans.

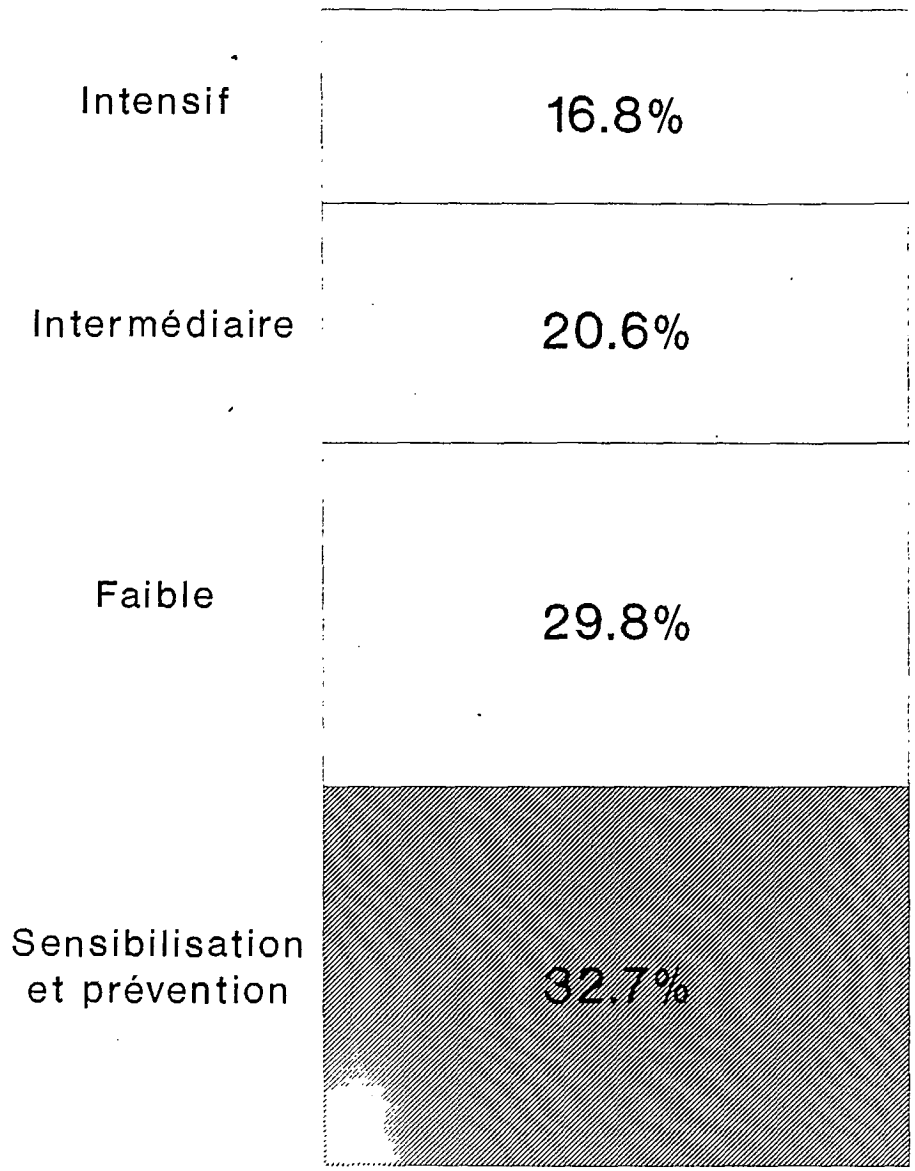
- Détenus ayant admis que l'alcool les rendait plus agressifs ou violents physiquement.

Pour que le détenu soit inclus dans le groupe devant être traité en priorité, ces trois conditions devaient être réunies. L'application de ces critères de risque a entraîné la sélection de 46,5 % des détenus chez qui la GEDA avait permis de détecter des problèmes "moyens, importants ou graves" de surconsommation d'alcool.

Pour évaluer le nombre de détenus qui seraient considérés comme des cas "prioritaires" et recevraient un traitement intensif, nous avons combiné les deux groupes (c'est-à-dire les détenus éprouvant des problèmes liés à la drogue ou à l'alcool) de détenus choisis. Par suite de l'application des critères, 45 % des cas chez qui on avait au départ décelé des problèmes "moyens, importants ou graves" de consommation d'alcool ou de drogues, à l'aide de la GEDA ou de la TDAD, ont été retenus, ce qui représente environ 17 % de l'échantillon total des détenus nouvellement admis. L'utilisation de cette méthode de triage en deux temps a donc entraîné une diminution sensible du nombre des cas désignés comme devant être traités en priorité. Rappelons que, si on utilisait uniquement le TDAD ou la GEDA, environ 37,5 % de l'échantillon de nouveaux détenus se rangeaient dans des catégories pour lesquelles un traitement était indiqué, en raison de la gravité de leur toxicomanie.

La figure 16 présente la répartition des détenus parmi les différentes catégories de traitement qui pourrait résulter de l'application d'un mécanisme de sélection semblable à celui que nous venons de décrire. La désignation donnée à chaque groupe correspond au degré de nécessité du traitement, déterminé à l'aide de la méthode de triage proposée. Les groupes de traitement énumérés dans la figure 16 sont une façon possible de diviser la population

# Figure 16
# Degré d'intensité du traitement
# (Méthode de triage en deux temps)



carcérale en différentes catégories, selon l'intensité des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, en vue du traitement.

Les détenus devant être traités en priorité sont désignés comme des candidats à un traitement "intensif" dans la figure 16. Viennent ensuite les détenus qui, d'après les résultats de l'évaluation, présentent des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" de surconsommation d'alcool et de drogues, mais qui ne font pas partie du groupe devant être traité en priorité parce qu'ils ne répondent pas aux critères de risque. Dans la figure 16, ces détenus sont désignés comme étant le groupe de traitement "intermédiaire". Les détenus chez qui le TDAD ou la GEDA a permis de déceler de "légers" problèmes, composent le groupe de traitement à "faible" intensité. Enfin, les détenus qui n'ont pas de problèmes d'alcool ni de drogue sont la clientèle cible des interventions axées sur la "sensibilisation et la prévention".

Si on applique ce modèle de triage en deux temps, le nombre de groupes choisis et la répartition des détenus parmi ces groupes seraient fonction du nombre, de la nature et de la diversité des facteurs de risque inclus dans la méthode de sélection. Il est probable, par ailleurs, que le chevauchement des différents degrés d'intensité apparaisse clairement lorsque les détenus seront répartis parmi les groupes de traitement. Ainsi, dans le présent exemple, certains cas de "traitement intermédiaire" bénéficieront peut-être davantage d'un traitement "à faible intensité", alors que les programmes "de sensibilisation et de prévention" conviendront peut-être le mieux à certains détenus classés dans le groupe de traitement "à faible intensité". L'avantage fondamental que présente cette méthode est qu'elle peut faciliter le choix du traitement dès l'admission du détenu. Dans un système de traitement idéal, des évaluations constantes permettraient de déterminer la composition finale des divers groupes de traitement offerts et assureraient que les interventions correspondent bien aux besoins des détenus.

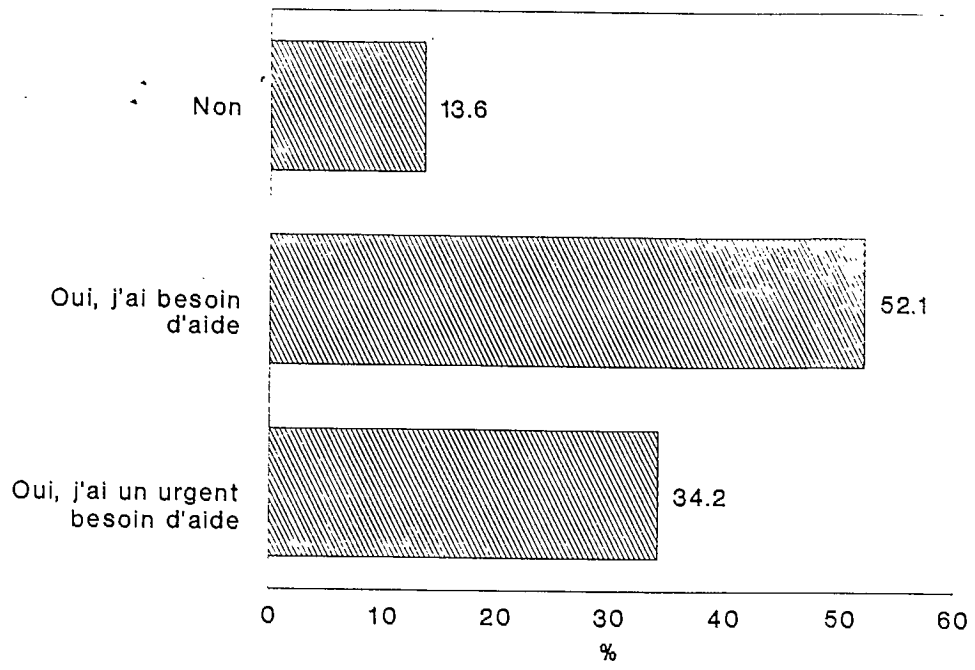
Jusqu'ici, nous avons décrit la sélection des détenus en vue du traitement de la toxicomanie et leur classement par ordre de priorité en faisant abstraction de la volonté des détenus de participer à des programmes de divers niveaux d'intensité. Le degré de motivation des détenus pour lesquels des programmes très intensifs de traitement sont indiqués revêt une importance particulière. Nous avons évalué la motivation face au traitement du sous-échantillon des détenus qui seraient, d'après la méthode décrite plus haut, des candidats à un traitement intensif (n = 75). Ce groupe semble très motivé face au traitement, d'après un certain nombre d'indices illustrés dans la figure 17. Seulement 13,6 % des détenus de ce groupe n'admettaient pas avoir besoin d'aide. Qui plus est, 90,4 % d'entre eux ont déclaré qu'ils aimeraient participer à un programme de traitement, et environ 80 % trouvaient plutôt ou entièrement vrai que le fait de participer à un programme offert dans l'établissement les aiderait à cesser de consommer de l'alcool ou des drogues. À la lumière de ces données, l'absence de motivation face au traitement ne risque pas de nuire sensiblement à la mise en application des résultats de la méthode de triage.

La technique de sélection décrite plus haut est très prometteuse comme méthode de triage initial. Les recherches entreprises dans l'avenir devront explorer d'autres facteurs de risque qui pourraient servir à la remanier pour qu'elle tienne compte aussi bien de la gravité des problèmes de surconsommation de drogues et d'alcool que de la nécessité d'une intervention correctionnelle. Il faudra procéder à d'autres études pour choisir ces facteurs et mettre au point les mécanismes de codage nécessaires pour que le nombre de cas identifiés

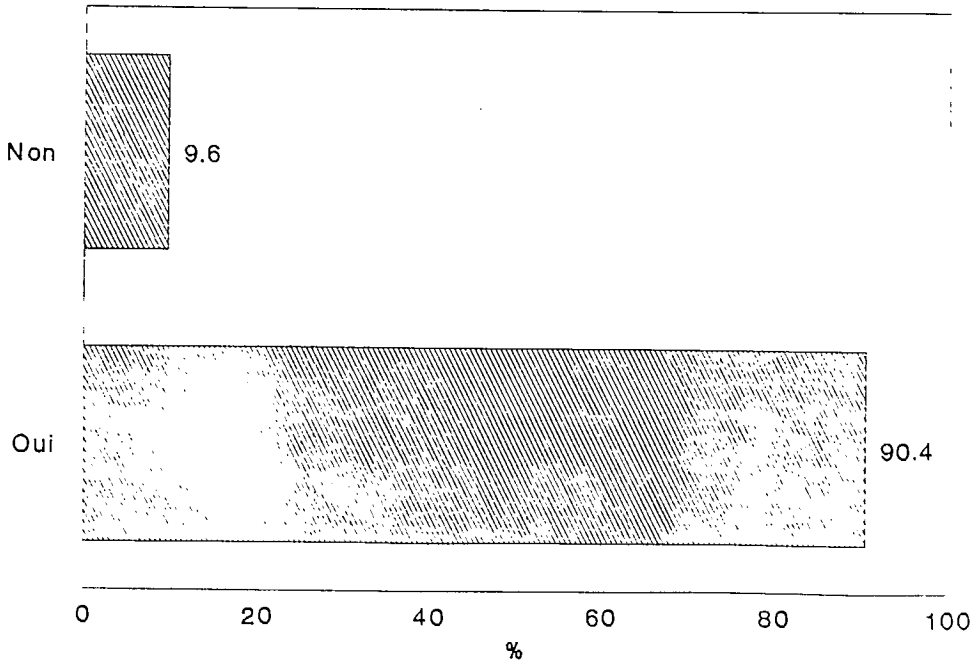
comme étant prioritaires corresponde aux ressources que le Service correctionnel du Canada peut raisonnablement consacrer au traitement intensif des toxicomanes.

# Figure 17
# Motivation face au traitement des détenus toxicomanes identifiés comme devant être traités en priorité

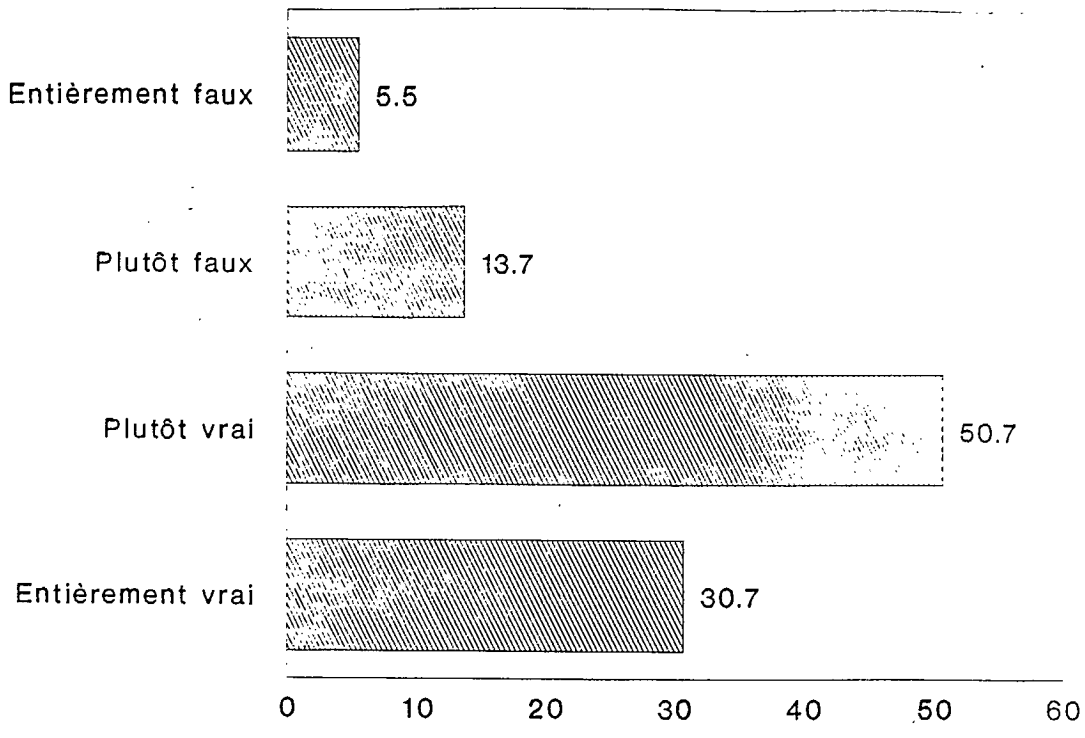
Croyez-vous avoir besoin d'aide pour régler des problèmes d'abus de drogues ou d'alcool?




Aimeriez-vous participer à un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme?



Le fait de participer à un programme de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie dans cet établissement m'aiderait à arrêter de consommer des drogues ou de l'alcool



## CONCLUSION

Le Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) a été mis à l'essai auprès d'un important échantillon de détenus nouvellement admis. À cette étape du projet et après l'examen des données produites jusqu'ici, le QIMV semble être un outil des plus prometteurs et utiles. D'après nos analyses, les données d'auto-évaluation fournies par les détenus au sujet de leur consommation d'alcool et de drogues sont fiables et peuvent servir à évaluer l'intensité des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie qu'éprouvent les détenus au moment de leur arrivée à l'établissement. La fréquence déclarée de la consommation d'alcool et de drogues, aussi bien que les liens entre cette consommation et le comportement criminel, se sont avérés semblables aux renseignements d'auto-évaluation recueillis antérieurement auprès d'un échantillon de prisonniers aux États-Unis. L'estimation du nombre de détenus toxicomanes qui ont besoin d'aide concorde aussi avec les études entreprises par le passé pour mesurer la prévalence de la toxicomanie dans notre population carcérale. De plus, les nouveaux détenus qui se sont prêtés à l'évaluation faite à l'aide du QIMV ont porté un jugement très favorable sur cette formule.

Un des aspects du QIMV que nous commençons à peine à explorer est la mine de renseignements qu'il fournit sur les liens entre le comportement criminel et la surconsommation d'alcool ou de drogues. Le QIMV est un outil très complet à cause du nombre de variables mesurées. Les auteurs de recherches futures devront examiner les données sur les rapports entre la toxicomanie et le crime et, en particulier, s'efforcer de relier les données d'évaluation de ce genre au processus global de dépistage de la toxicomanie.

Le système renferme aussi assez de renseignements pour qu'il soit possible de vérifier la fiabilité des données et d'identifier les détenus qui donnent des réponses contradictoires. D'après nos analyses, le nombre de contradictions relevées dans les réponses aux questions sur la consommation d'alcool et de drogues n'est pas assez important pour justifier de sérieuses réserves au sujet de la fiabilité du QIMV. Lors de l'analyse des données présentées ici, nous avons pu détecter certaines contradictions et proposer des modifications mineures au QIMV, pour réduire les problèmes de cette nature dans l'avenir.

Les analyses auxquelles nous avons procédé, à l'aide des données recueillies dans le cadre du projet pilote du QIMV, nous ont permis d'identifier un important groupe de détenus qui semblaient éprouver des problèmes "moyens", "importants" ou "graves" de consommation d'alcool ou de drogues au moment de leur arrivée aux unités de réception mentionnées dans l'étude. De plus, une proportion appréciable de notre échantillon de nouveaux détenus éprouvaient à tout le moins de légers problèmes de surconsommation de drogues et d'alcool. Selon les données recueillies, seulement le tiers des nouveaux détenus qui composaient l'échantillon n'avaient pas de symptômes d'une consommation anormale. La grande proportion de détenus qui semblent avoir besoin de traitement lorsqu'ils arrivent à nos établissements confirme nos hypothèses sur la gravité des problèmes de toxicomanie dans la population carcérale. Il s'agit maintenant de savoir comment procéder pour choisir les détenus qui ont le plus besoin des traitements que nous leur offrons. De plus, comme nous l'avons mentionné dans ce rapport, il importe de savoir comment choisir les détenus auxquels nos ressources de

traitement seront les plus profitables, compte tenu des incidents qui surviennent en milieu correctionnel et qui sont une préoccupation constante pour notre organisation.

Notre rapport jette les bases d'une méthode de triage initial des détenus qui permettrait de répondre à ces deux besoins essentiels. Nous avons proposé dans ces pages un modèle qui permettrait d'élaborer un tel système de triage. D'autres recherches et la contribution constante des gestionnaires de services correctionnels du Service correctionnel du Canada s'imposent à présent pour parfaire ce modèle. Cependant, d'après les données produites par cette première tentative d'élaborer une typologie du traitement de la toxicomanie, le QIMV serait un outil très pertinent sur lequel fonder un tel système de triage initial des candidats à divers modes de traitement. Les commentaires favorables tant des détenus que des employés qui ont participé au projet pilote permettent aussi de croire qu'une fois qu'on lui aura apporté certaines corrections mineures, le QIMV sera prêt à être utilisé dans tous les pénitenciers et à être intégré aux modalités courantes d'admission des détenus dans toutes les unités de réception du Service correctionnel du Canada.

## BIBLIOGRAPHIE

Service correctionnel du Canada, Groupe de travail sur la réduction de l'usage abusif des drogues et de l'alcool, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1990.

Division des programmes de formation et d'épanouissement personnel et Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, Le questionnaire informatisé sur le mode de vie - Manuel d'instructions, 1989.

Hodgins, D.C. et Lightfoot, L.O., "Types of male alcohol and drug-abusing incarcerated offenders", British Journal of Addiction, 1988 (83) pp. 1201-1213.

Horn, J.L., Wanberg, K.W. et Foster, F.M., The Alcohol Use Inventory, Denver (Colorado), Center for Alcohol Abuse Research and Evaluation, 1974.

Lightfoot, L.O. et Hodgins, D., "A survey of alcohol and drug problems in incarcerated offenders", The International Journal of the Addictions, 1988 (23) pp. 687-706.

Direction de la recherche et des statistiques, Service correctionnel du Canada, The Prevalence, Nature and Severity of Mental Health Disorder Among Federal Male Offenders in Canada, mars 1990. (En traduction)

Selzer, M.L., "The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument", American Journal of Psychiatry, 1971 (127) pp. 1653-1658.

Skinner, H.A., "Drug abusing screening test", Additive Behaviours, 1982 (7) pp. 363-371.

Skinner, H.A. et Allen, B.A., "Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation", Journal of Abnormal Psychology, 1982 (91) pp. 199-209.

Skinner, H.A. et Allen B.A., "Does the computer make a difference? A computerized versus face-to-face versus self-report assessment of alcohol, drug and tobacco use", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983 (51) pp. 267-275.

Skinner, H.A., Allen, B., McIntosh, M.C. et Palmer, W.H., "Lifestyle assessment: applying microcomputers to family practice", British Medical Journal, 1985 (290) pp. 212-216.

United States Bureau of Justice Statistics (1983a), Prisoners and Drugs, Washington, U.S. Department of Justice, 1983.

United States Bureau of Justice Statistics (1983b), Prisoners and Alcohol, Washington, U.S. Department of Justice, 1983.

## Annexe A

# TEST DE DÉPISTAGE DE L'ABUS DE DROGUES (TDAD)

# QUESTIONS DU TDAD

1. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous utilisé des drogues ou médicaments sans que ce soit pour des raisons médicales?

   1. NON
   2. OUI

2. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous consommé des médicaments qui vous avaient été prescrits ou des médicaments en vente libre en plus grande quantité que ce qui était indiqué?

   1. NON
   2. OUI

3. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous consommé plus d'une drogue en même temps?

   1. NON
   2. OUI

4. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, étiez-vous capable de passer la semaine sans prendre de drogue?

   1. NON
   2. OUI

5. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, étiez-vous toujours capable d'arrêter de prendre de la drogue quand vous le vouliez?

   1. NON
   2. OUI

6. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous "perdu la carte" ou eu des "flash-backs" après avoir pris de la drogue?

   1. NON
   2. OUI

7. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise ou coupable de prendre de la drogue?

   1. NON
   2. OUI

8. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, votre femme ou vos parents se sont-ils plaints de votre consommation de drogues?

   1. NON
   2. OUI

9. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous eu des problèmes avec votre femme ou avec vos parents parce que vous preniez de la drogue?

   1. NON
   2. OUI

10. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous perdu un ami parce que vous preniez de la drogue?

    1. NON
    2. OUI

11. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous négligé votre famille à cause de la drogue?

    1. NON
    2. OUI

12. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, votre consommation de drogues vous a-t-elle causé des ennuis?

    1. NON
    2. OUI

13. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous perdu un emploi à cause de la drogue?

    1. NON
    2. OUI

14. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, vous êtes-vous battu quand vous étiez drogué?

    1. NON
    2. OUI

15. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous fait des choses illégales pour obtenir de la drogue?

    1. NON
    2. OUI

16. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous été arrêté pour possession de drogues illégales?

    1. NON
    2. OUI

17. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, c'est-à-dire vous êtes-vous senti malade quand vous arrêtiez de prendre de la drogue?

    1. NON
    2. OUI

18. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous eu des problèmes de santé à cause de la drogue (par exemple : pertes de mémoire, hépatite, convulsions ou saignements)?

    1. NON
    2. OUI

19. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous consulté quelqu'un pour obtenir de l'aide à cause de votre problème de drogue?

    1. NON
    2. OUI

20. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous suivi un traitement conçu expressément pour les personnes qui ont des problèmes de drogue?

    1. NON
    2. OUI

## Annexe B

# GRILLE D'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL (GEDA)

# QUESTIONS DE LA GEDA

1. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, combien avez-vous bu la dernière fois que vous avez consommé des boissons alcooliques?

   1. ASSEZ POUR EN SENTIR L'EFFET OU MOINS
   2. ASSEZ POUR ÊTRE SOÛL
   3. ASSEZ POUR PERDRE CONNAISSANCE

2. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, vous arrivait-il souvent d'avoir la "gueule de bois" le dimanche ou le lundi matin?

   1. NON
   2. OUI

3. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, aviez-vous des tremblements au moment de dessoûler (tremblements des mains ou tremblement intérieur)?

   1. NON
   2. PARFOIS
   3. PRESQUE TOUJOURS

4. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous été malade physiquement (vomissements, crampes dans le ventre) après avoir bu?

   1. NON
   2. QUELQUES FOIS
   3. TOUJOURS

5. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous eu ce qu'on appelle le "délirium tremens" -- c'est-à-dire est-ce que vous avez senti ou entendu des choses qui n'existaient pas? Vous êtes-vous senti angoissé, agité, surexcité?

   1. NON
   2. UNE FOIS
   3. PLUSIEURS FOIS

6. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, quand vous buviez, est-ce que vous marchiez en zigzaguant, en trébuchant ou en chancelant?

   1. NON
   2. PARFOIS
   3. SOUVENT

7. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, après avoir bu, aviez-vous très chaud? Transpiriez-vous? Vous sentiez-vous fiévreux?

   1. NON
   2. UNE FOIS
   3. PLUSIEURS FOIS

8. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, vous est-il arrivé de voir des choses qui n'existaient pas vraiment, après avoir bu?

   1. NON
   2. UNE FOIS
   3. PLUSIEURS FOIS

9. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, étiez-vous pris de panique en pensant que vous ne pourriez peut-être pas prendre un verre quand vous en auriez besoin?

   1. NON
   2. OUI

10. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous "perdu la carte" (perdu la mémoire, mais sans perdre connaissance) après avoir bu?

    1. NON, JAMAIS
    2. PARFOIS
    3. SOUVENT
    4. PRESQUE CHAQUE FOIS QUE JE PRENAIS UN VERRE

11. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, est-ce que vous gardiez une bouteille sur vous ou à la portée de la main?

    1. NON
    2. PARFOIS
    3. PRESQUE TOUJOURS

12. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, après une période d'abstinence (sans boire), finissiez-vous par recommencer à boire beaucoup?

    1. NON
    2. PARFOIS
    3. PRESQUE TOUJOURS

13. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous bu au point de perdre connaissance?

    1. NON
    2. UNE FOIS
    3. PLUS D'UNE FOIS

14. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous eu des convulsions (une attaque) après avoir trop bu?

    1. NON
    2. UNE FOIS
    3. PLUSIEURS FOIS

15. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, est-ce que vous buviez pendant la journée?

    1. NON
    2. OUI

16. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, est-ce que vos idées étaient embrouillées ou mêlées quand vous aviez beaucoup bu?

    1. NON
    2. OUI, MAIS SEULEMENT POUR QUELQUES HEURES
    3. OUI, POUR UN JOUR OU DEUX
    4. OUI, POUR PLUSIEURS JOURS

17. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, après avoir bu, est-ce que vous sentiez votre coeur battre très rapidement (palpitations)?

    1. NON
    2. UNE FOIS
    3. PLUSIEURS FOIS

18. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, est-ce que vous pensiez presque sans arrêt à boire et à l'alcool?

    1. NON
    2. OUI

19. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous entendu "des choses" qui n'existaient pas, après avoir trop bu?

    1. NON
    2. UNE FOIS
    3. PLUSIEURS FOIS

20. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous eu des sensations étranges, qui vous faisaient peur, quand vous buviez?

    1. NON
    2. UNE OU DEUX FOIS
    3. SOUVENT

21. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, après avoir bu, avez-vous "senti des choses" qui rampaient sur vous alors qu'il n'y avait rien (par exemple, des insectes ou des araignées)?

    1. NON
    2. UNE FOIS
    3. PLUSIEURS FOIS

22. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous "perdu la carte" (perte de mémoire) :

    1. JAMAIS
    2. UNE FOIS POUR MOINS D'UNE HEURE
    3. UNE FOIS POUR PLUSIEURS HEURES
    4. UNE FOIS PENDANT UN JOUR OU PLUS

23. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, avez-vous essayé de boire moins, mais sans y arriver?

    1. NON
    2. UNE FOIS
    3. PLUSIEURS FOIS

24. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, est-ce que vous buviez vos verres d'une traite?

    1. NON
    2. OUI

25. Pendant les six mois qui ont précédé votre arrestation, après avoir pris un ou deux verres, étiez-vous généralement capable d'arrêter?

    1. NON
    2. OUI

SOL.GEN CANADA LIB/BIBLIO
0000028934

Storage

HV 8836.5 R6 1991 F
Profils de consommation de
drogues et d'alcool chex le
s détenus sous responsabili

DATE DUE

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| GAYLORD | | | PRINTED IN U.S.A. |